



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

GISELE VISSOCI MARQUINI

**Efetividade de uma Intervenção Educativa na
Adequação da Indicação de Cesárea em um Hospital
Universitário**

Uberlândia MG
2014

Gisele Vissoci Marquini

Efetividade de uma Intervenção Educativa na Adequação da Indicação de Cesárea em um Hospital Universitário

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.
Área de concentração: Ciências da Saúde
Orientador:
Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge

Uberlândia MG

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

M357e Marquini, Gisele Vissoci, 1976-.
2014 Efetividade de uma intervenção educativa na adequação da indicação
 de cesárea em um Hospital Universitário / Gisele Vissoci Marquini. --
 2014.
 70 p.

Orientador: Miguel Tanús Jorge.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Cesareana - Teses. 3. Organização
Mundial da Saúde - Teses. 4. Políticas públicas – Teses. I. Jorge, Miguel
Tanús. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde. III. Título

CDU: 61

Gisele Vissoci Marquini

**Efetividade de uma Intervenção Educativa na Adequação da
Indicação de Cesárea em um Hospital Universitário**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Ciências da Saúde da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Uberlândia, como parte das
exigências para obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde.
Área de concentração: Ciências da Saúde
Orientador:
Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge
Uberlândia – MG
2014

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Geraldo Duarte
FMRP/USP - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP -
Universidade de São Paulo.

Prof. Dr. Miguel Hernandes Neto
UFU - Universidade Federal de Uberlândia/MG

Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge
UFU - Universidade Federal de Uberlândia/MG

A **DEUS** que nos acolhe sempre no seu infinito amor e nos dá forças e sabedoria para concretizar qualquer projeto dentro de Seu Plano.

Aos meus pais, **Orlando Vissoci (in memorian)** e **Sterina Dijovani Vissoci**, meus primeiros professores, exemplos de luta e determinação. A eles todo carinho e amor pela dedicação, colo e ensinamentos valiosos que muito me auxiliaram, dando base necessária para vencer esta e outras etapas que estão por vir. A você pai, que me ajudou e se alegrou quando ingressei no mestrado e que agora, na sua nova morada, torcerá por mim nas minhas etapas finais. Eternos agradecimentos, saudade e amor.

Ao meu marido **Emerson**, pelo companheirismo, apoio, sendo um pai, “mãe” em meu lugar, profissional dedicado, assumindo todos os papéis que caberiam a mim durante meus estudos. Dedico a você esse trabalho pela sua compreensão e por ter aceitado esta etapa da minha vida como se fosse sua.

Dedico especialmente, com muito amor, ao meu filho **Mateus**, minha riqueza, que iniciou a pós-graduação no meu ventre e agora liga o computador pra eu estudar. Pelo seu carinho, inocência e amor, abdicando da presença da mãe em alguns momentos, em função de algo importante, que ainda nem bem comprehende o significado.

Às minhas queridas irmãs, **Edna** e **Stela** pela amizade, apoio e compreensão pela minha ausência em vários momentos importantes na vida de vocês. Dedico a vocês este trabalho, pois me deram suporte de lar, financeiro e emocional, para estudar quando ainda era adolescente com o projeto de ser médica. Minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

A DEUS pela força infinita em todos os momentos, perseverança, calma e sabedoria para a realização desse projeto.

Ao **Prof. Dr. Miguel Tanús Jorge**, esse ser humano especial, que acreditou desde o princípio na realização deste projeto, e exerceu seu papel de orientador no sentido mais amplo que esta palavra possa ter. Obrigada pela sua humanidade em me receber como sua mestrandona, dispondo de seu concorrido tempo para uma aluna que surgiu em sua sala, prestes a dar à luz, situação onde muitos teriam dispensado sem cerimônias. Obrigada por me propor esse desafio na obstetrícia, como um grande mestre que acolhe, incentiva, apóia, opina e direciona aqueles que tentam se capacitar. Que Deus sempre te ilumine na sua carreira e vida pessoal.

Agradeço ao meu marido e companheiro **Emerson Ricardo Marquini** que sempre me incentivou e resolveu tudo em nossas vidas enquanto eu tinha que estudar. Peço desculpas pelas dificuldades. Agradeço a Deus pelo nosso amor, e pela sua presença na minha vida me dando alicerce para ser médica, mãe, esposa e mulher. Se me proponho a receber titulações com o sobrenome **Marquini** significa que são suas também.

Ao **Prof. Dr. Geraldo Duarte** que atendeu ao convite de participar da banca da defesa de dissertação, se ausentando do convívio de seus familiares e de suas inúmeras atividades na FMRP/USP, para prestar seu apoio a uma mestrandona em fase de aprendizado. Muito obrigada pela sua contribuição científica, consideração e direcionamento nesta dissertação.

À **Profa. Dra. Angélica Lemos Debs Diniz** que muito contribuiu para a finalização deste trabalho participando da banca da qualificação com otimismo, e oferecendo sua experiência para viabilizar o artigo e dissertação.

Ao **Prof. Dr. Miguel Hernandes Neto** responsável, junto com sua equipe, por grandes mudanças na residência médica da obstetrícia do HC-UFU. Obrigada por ter acreditado em mim na residência, me ensinando os primeiros passos dessa área. Hoje, abre as portas da obstetrícia desse hospital, seguro das condutas do serviço, sem reticências, para a realização deste projeto.

Ao **Prof. Dr. Francisco Cyro Reis de Campos Prado Filho** por ter se empenhado em efetivar as reuniões da intervenção e por ter participado da banca de qualificação. Muito Obrigada.

Aos colegas **Dr. Luiz Antônio de Oliveira e Dr. Ildefonso Diniz de Moura** pela parceria na ginecologia e obstetrícia e por ter atendido muitas de minhas pacientes como se fossem suas, nos principais momentos de meus estudos. Ao Dr. Luiz Antônio, muito obrigada por ser essa pessoa iluminada que abençoa todos os nascimentos que presenciamos.

Ao **Prof. Dr. Rogério de Melo Costa Pinto**, obrigada pelas análises estatísticas deste trabalho.

Agradeço aos **médicos** e especialmente aos **residentes da Ginecologia e Obstetrícia do HC-UFG** que participaram da fase da intervenção, pela paciência, interesse e incentivo à atualização. Apesar da agenda atarefada, encontraram tempo para ouvir uma aluna em processo de aprendizado.

A todos(as) os(as) colegas de trabalho, secretárias e administrativos do CIAME, Hospital Santa Clara e NAASS que reorganizavam meus horários de trabalho com a maior paciência, sempre que precisava me ausentar, para desenvolver as atividades do mestrado.

Às secretárias da pós-graduação **Gisele e Viviane** pela dedicação e paciência com as limitações dos alunos e **Rafael** no Departamento de GO.

Às colegas **Gizeli de Fátima Ribeiro dos Anjos e Márcia Aires de Freitas** que sempre acharam “super normal” eu fazer mestrado.

Às colegas de mestrado **Maria Aparecida Knychala, Marília Aparecida de Souza Cunha e Iracema Batista**, e todas as outras que de alguma forma trocaram experiências para nosso crescimento mútuo.

A **Ilma Maria da Silva e Sônia Maria da Silva** essas irmãs e guerreiras que cuidam do nosso lar há tanto tempo e das nossas vidas com amor e dedicação. Obrigada por vivenciarem nossos desafios como uma verdadeira equipe de trabalho.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para a execução desse trabalho.

“Tudo Posso nAquele Que Me Fortalece.”

(FI 4,13)

**“A vida nasce da dor. O amor mais amado surge depois de uma
dor prolongada.
Amor de mãe”.**

(Cora Coralina)

A normatização adotada nesta dissertação está de acordo com:

- Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) 14.724:2011

-Abreviaturas dos títulos dos periódicos conforme *List of Journals Index in Index Medicus*

RESUMO

Efetividade de uma Intervenção Educativa na Adequação da Indicação de Cesárea em Hospital Universitário.

Autores: Marquini GV, Jorge MT, Pinto RMC.

Universidade Federal de Uberlândia-MG, Brasil

Objetivo: Apesar da importância da cesárea, quando adequadamente indicada, órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) se preocupam com o aumento mundial em sua incidência. O objetivo deste estudo foi avaliar a efetividade de uma intervenção, para readequar as indicações de cesarianas, em um hospital universitário. **Materiais e Métodos:** Este estudo retrospectivo foi desenvolvido em três fases: I: Seleção, por sorteio, de 160 prontuários de pacientes que foram submetidas à cesárea em maio, junho e julho de 2011. II: Implantação do protocolo específico de indicação de cesárea. III: Seleção, por sorteio, de 160 prontuários de pacientes que foram submetidas à cesárea em maio, junho e julho de 2012. As pacientes submetidas à cesárea foram classificadas como Alto e Baixo Risco, quanto ao tipo de pré-natal, e em situações clínicas Coerentes e Não-Coerentes com base no protocolo específico para essa finalidade. Análise estatística: Teste Binomial para Duas Proporções. Foram considerados estatisticamente significativos valores de p menores do que 0,05. **Resultados:** Dentre as cesáreas de baixo risco, na fase I, 27 (51,92%) e na fase III, 49 (72,05%), ($p=0,02$), foram coerentes.

Conclusão: Nas condições em que foi testada, a intervenção proposta é efetiva para a adequação nas indicações de cesáreas em gestações de baixo risco.

Palavras-chaves: CESÁREA. OBSTETRÍCIA. EPIDEMIOLOGIA. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS. GRAVIDEZ. POLÍTICAS PÚBLICAS. CENTROS DE ATENÇÃO TERCIÁRIA.

ABSTRACT

Effectiveness of an Educational Intervention on the Suitability of Indication for Cesarean Section in a Brazilian Teaching Hospital.

Authors: Marquini GV, Jorge MT, Pinto RMC.

Federal University of Uberlandia-MG, Brazil

Objective: Despite the importance of cesarean section, when appropriately indicated, organs such as the World Health Organization (WHO) are concerned about its increasing incidence worldwide. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of an intervention in order to readjust the indications for cesarean sections in a Brazilian teaching hospital. **Methods:** This study was carried out in three stages: I: Random selection of 160 cesarean records of May, June and July, 2011; II: Implantation of the guideline of cesarean sections indications; III: Random selection of 160 cesarean records of May, June and July, 2012. These records were classified into high and low-risk, according to type of prenatal, and into consistent and inconsistent clinical cases based on the guideline. Statistical analysis: Binomial Test for Two Proportions. P-values under 0.05 were considered statistically significant. **Results:** Among the low-risk cesareans, 27 (51.92%) were consistent with the protocol at stage I, and 49 (72.05%) at stage III ($p=0.02$). **Conclusion:** The proposed intervention, under the conditions by which it was tested, favors the suitability of indications for cesarean sections in low-risk pregnancies.

Keywords: CESAREAN SECTION. OBSTETRICS. EPIDEMIOLOGY. WORLD HEALTH ORGANIZATION. EVIDENCE-BASED MEDICINE. PREGNANCY. PUBLIC POLICIES. TERTIARY CARE CENTERS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Números Absolutos de Partos e Cesáreas realizados no HC-UFU, ano de 2011 e 2012.....	24
Tabela 2 Percentagens de Cesáreas por Nascimentos, ano de 2011 e 2012.	24
Tabela 3 Percentagens de Partos Normais por Nascimentos, ano de 2011 e 2012.	25
Tabela 4 Distribuição do Total das Cesáreas (Alto e Baixo Risco) Coerentes e Não Coerentes nas Fases Pré-intervenção e Pós-intervenção.....	26
Tabela 5 Distribuição das Cesáreas Não Coerentes nas Fases Pré e Pós-intervenção, respectivamente, de acordo com os Critérios de Classificação..	26
Tabela 6 Cesáreas Coerentes com o Protocolo: Fase I ou Pré-intervenção.....	28
Tabela 7 Cesáreas Não Coerentes com o Protocolo: Fase I ou Pré-intervenção.....	30
Tabela 8 Cesáreas Coerentes com o Protocolo: Fase III ou Pós-intervenção.....	31
Tabela 9 Cesáreas Não Coerentes com o Protocolo: Fase III ou Pós-intervenção.....	32
Tabela 10 Cesáreas Coerentes Fases I e III com Associação de Indicações.....	33
Tabela 11 Distribuição das Cesáreas de Alto Risco Coerentes e Não Coerentes nas Fases I e III.....	34
Tabela 12 Distribuição das Cesáreas de Baixo Risco Coerentes e Não Coerentes nas Fases I e III.....	35
Tabela 13. Distribuição das Cesáreas de acordo com o Histórico Reprodutivo: Primigestas e Não Primigestas.....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Linha de alerta e linha de ação (Phiipott & Castle, 1972).....	41
Figura 2 Modelo do partograma segundo Friedman e Phillipot, recomendado pela OMS.....	42
Figura 3 Modelo de partograma, com respectivas linhas de alerta e ação, e outros registros de interesse no acompanhamento do trabalho de parto funcional.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS EM PORTUGUÊS

ACOG	Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas
AMB	Associação Médica Brasileira
CEP/UFU	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia
CFM	Conselho Federal de Medicina
CTG	Cardiotocografia Fetal
DGO	Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HC-UFU
FEBRASGO	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
IC	Intervalo de Confiança (estatística)
MS	Ministério da Saúde do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
RCIU	Restrição de Crescimento Intra-uterino
RCOG	Colégio Britânico de Obstetras e Ginecologistas
SHG	Síndromes Hipertensivas na Gravidez
SOGC	Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Canadá
UFU	Universidade Federal de Uberlândia - MG - Brasil
USG	Ultrasoundografia
VBAC	Parto vaginal após cesárea prévia

LISTA DE ABREVIATURAS EM INGLÊS

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AMB	<i>Brazilian Medical Association</i>
AMDD	<i>The Averting Maternal Death and Disability Programme of Columbia University</i>
CEP/UFU	<i>Human Research Ethics Committee of the Federal University of Uberlandia</i>
CFM	<i>Federal Council of Medicine</i>
CTG	<i>Cardiotocography</i>
DGO	<i>Department of Gynecology and Obstetrics of HC-UFU</i>
FEBRASGO	<i>Brazilian Federation of Gynecology and Obstetrics Societies</i>
FIGO	<i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
HC-UFU	<i>Hospital of Clinics - Federal University of Uberlandia</i>
IUGR	<i>Intrauterine Growth Restriction</i>
MS	<i>Ministry of Health of Brazil</i>
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</i>
SAH	<i>Systemic Arterial Hypertension</i>
SOGC	<i>Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada</i>
UFU	<i>Federal University of Uberlandia-MG, Brazil</i>
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>
UNFA	<i>United Nations Population Fund</i>
USG	<i>Ultrasonography</i>
VBAC	<i>Vaginal Birth After Previous Cesarean</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Primário	20
2.2 Objetivos Secundários	20
3 MATERIAIS E MÉTODOS	21
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO	37
6 CONCLUSÃO	53
7 CONFLITO DE INTERESSE	54
8 REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A- Consentimento Pré-esclarecido enviado ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFU	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE B- Ficha de Coleta de Dados dos Prontuários de Pacientes submetidas a Cesárea	61
APÊNDICE C- Reconhecimento	62
ANEXO A- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia	Erro! Indicador não definido.
ANEXO B- Protocolo escolhido para a Intervenção	64

1 INTRODUÇÃO

A cesárea é uma cirurgia útil e necessária em numerosas situações obstétricas, que são diagnosticadas antes ou durante o trabalho de parto. Os índices de cesárea aumentaram mundialmente e os fatores relacionados com esse aumento são complexos. Os altos índices de cesárea motivaram, ao longo dos anos, estudos no sentido de se avaliar a gênese das indicações dessa cirurgia, assim como estratégias para se reduzir aquelas possivelmente desnecessárias (KHUNPRADIT et al., 2011).

A percentagem de nascimentos por cesáreas nos Estados Unidos aumentou substancialmente nos últimos anos, de 20,7% em 1996 para 31,1% em 2006 (MACDORMAN, MENACKER; DECLERCQ, 2008). O mesmo cenário se observou em diferentes países europeus, onde as taxas de cesáreas aumentaram rapidamente, até mesmo naqueles países em transição político-econômica, a partir do colapso do comunismo (KATIKIREDDI, GORMAN; LEYLAND, 2012).

O Brasil tem sido citado como um dos países que exibem uma das maiores taxas de césares no mundo (FREITAS et al., 2009). Aproximadamente 36% dos nascimentos são por via alta. Quando se observam por referência hospitais particulares, estes índices são ainda maiores, com valores que chegam de 80 a 90% (MARTINS-COSTA et al., 2002; TESSER et al., 2011). Devido a esses índices, o Brasil tem sido citado como um exemplo de possível abuso na indicação desse procedimento (SASS; HWANG, 2009; HADDAD; CECATTI, 2011).

A potencial associação entre alto índice de cesárea e melhor desfecho perinatal não se justifica. A acentuada redução dos índices de mortalidade perinatal, observada em serviços terciários, se deve aos melhores cuidados neonatais, e não depende do modo de nascer (DUARTE et al., 2004).

A preocupação da comunidade médica mundial é direcionada às indicações de cesáreas na prática clínica. Estas, quando inadequadas, incrementam não só os custos hospitalares, como também a morbidade

materna e fetal, decorrentes do procedimento (PAUL e MILLER, 1995; PORRECO; THORP, 1996; ZUGAIB et al., 2008; FREITAS et al., 2009).

As reais necessidades de cesáreas em diferentes situações, e tentativas de se taxar números mínimos e máximos desta intervenção, são incansavelmente discutidas no meio acadêmico (MARTINS-COSTA et al., 2002; SASS; HWANG, 2009). Organizações médicas tentam incluir as taxas de cesáreas como indicadores da qualidade de serviços obstétricos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), índices superiores a 15% seriam difíceis de justificar do ponto de vista médico (FIGO, 1999; ROZENBERG, 2004; WHO et al., 2009).

A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) estimula o parto normal seguro e a indicação criteriosa da cesárea. Essa entidade desenvolve, entre outras funções, diretrizes para ginecologistas, obstetras e hospitais de ensino e adapta as condutas da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para o Brasil.

A FEBRASGO, em parceria com a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), desenvolveu uma diretriz, com recomendações de indicações de cesárea, publicado como “Cesariana-Indicações” (MARTINS-COSTA et al., 2002). Esta diretriz foi desenvolvida também, com base nas recomendações da FIGO e a partir do conceito da medicina baseada em evidências, com o objetivo de analisar individualmente as indicações de cesárea e promover uma diminuição das taxas desse procedimento.

Constam, nesse protocolo, as seguintes indicações de cesárea:

- 1) Condições fetais que justificam cesárea, com base no *guideline* acima citado:

Há evidências que fetos em apresentação pélvica beneficiam-se da cesárea eletiva (MARTINS-COSTA et al., 2002). Nas gestações gemelares, com ambos os fetos em apresentação pélvica, ou o primeiro pélvico e o segundo cefálico, ou gestações trigemelares, recomenda-se cesárea, em vista de maior morbi-mortalidade fetal se ocorrer nascimento via baixa (MARTINS-COSTA et al., 2002).

Há consenso que na presença de sofrimento fetal agudo, a indicação de cesárea é necessária. Quando o feto é macrossômico (feto>4.500g), principalmente em primíparas, diminui a morbidade fetal e materna. Também está indicada quando o feto está em situação transversa (MARTINS-COSTA et al., 2002).

Indica-se cesárea em placenta prévia total e descolamento prematuro de placenta, com exceção daqueles casos em que a via baixa para o nascimento for mais rápida. Nessas situações a morbi-mortalidade está intimamente associada com o intervalo entre o diagnóstico e o nascimento do feto (MARTINS-COSTA et al., 2002).

De acordo com esse protocolo, na procedência de cordão, a cesárea é urgente e obrigatória. Fetos com malformações congênitas como meningomielocele, hidrocefalia e concomitante macrocrania, defeitos de parede anterior com fígado extra-corpóreo, teratomas sacrococcígeos, hidropsia ou trombocitopenia aloimune, beneficiam-se com o procedimento (MARTINS-COSTA et al., 2002).

Em vários casos de malformações fetais, a decisão por operação cesariana é influenciada pela necessidade de planejamento do horário e local de nascimento, para dispor-se de uma equipe de cirurgia pediátrica para pronto atendimento do recém-nascido (MARTINS-COSTA et al., 2002).

2) Condições maternas que justificam cesárea, com base no *guideline* citado:

O MS recomenda que pacientes soropositivas para HIV com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou indetectável possam ser submetidas ao parto vaginal. Entretanto, quando a carga viral está acima deste valor ou não pode ser avaliada, a cesárea eletiva deve ser indicada. Gestantes com Herpes Genital Ativa no momento do trabalho de parto (primoinfecção ou recorrente) devem ser submetidas à operação (MARTINS-COSTA et al., 2002).

Ainda de acordo com o *guideline* da FEBRASGO, AMB e CFM, recomenda-se a interrupção da gestação via alta quando há duas ou mais cesáreas anteriores, ou ruptura uterina prévia, devido ao risco aumentado de ruptura uterina durante o trabalho de parto. Entretanto, a decisão por parto normal em uma paciente com uma cesárea prévia pode ser adequada, desde

que ocorra acompanhamento intensivo do trabalho de parto, sendo a paciente informada dos riscos (MARTINS-COSTA et al., 2002).

Não há registros, até o momento, sobre a utilização desse protocolo, especificamente, como instrumento de se avaliar uma adequação nas indicações de cesáreas, em hospital regional terciário.

A alta prevalência mundial de cesáreas, com supostas cesáreas desnecessárias, e a objetividade do protocolo citado, motivaram um estudo sobre a efetividade da aplicação da medicina baseada em evidências, por meio desse *guideline*, para se adequar indicações de cesáreas em serviço terciário.

Diante desse cenário, o presente estudo objetiva avaliar a efetividade da aplicação do protocolo: “Cesariana-Indicações” da FEBRASGO, CFM e AMB para readequar a indicação de cesárea em um hospital universitário.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar a efetividade da aplicação do protocolo: “Cesariana-Indicações” da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB); para readequar a indicação de cesárea em um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Avaliar a efetividade de um projeto de adequação das indicações de cesáreas em gestações de alto e baixo risco materno-fetal de acordo com a evolução do pré-natal.

Conhecer a percentagem de situações de alto e baixo risco obstétrico atendidos em um hospital universitário e a influência desse desenvolvimento da gestação, na decisão do parto via alta ou baixa.

Identificar as principais barreiras de incentivo ao parto normal em um hospital universitário.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O hospital universitário selecionado para o estudo foi o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). O HC-UFU é um hospital terciário universitário e regional, de uma macrorregião do estado de Minas Gerais, com média de 140 cesáreas/mês (tabela 1).

O projeto desse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFU, registro CEP/UFU 159/110 e parecer 640/11 (ver documento em **anexo A**).

Procedeu-se à assinatura do Consentimento pré-esclarecido, pela chefia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia (DGO) do HC-UFU (ver documento em **apêndice A**).

O estudo foi conduzido no HC-UFU e executado em três fases:

Fase I ou Pré-intervenção: Foram selecionados, por sorteio, e coletados os dados de 160 prontuários de pacientes que foram submetidas à cesárea, no período de 20 de maio a 10 de julho de 2011. O número da amostra foi definido com base na percentagem de nascimentos/mês desse serviço de referência. Foram selecionados, por sorteio, 160 prontuários de pacientes atendidas nos meses de maio, junho e julho, para se evitar possível viés de adaptação dos novos residentes admitidos no início do ano.

Fase II ou Intervenção: Em consenso entre os pesquisadores e médicos do DGO do HC-UFU, procedeu-se à escolha do protocolo da intervenção, “Projeto Diretrizes: Cesariana – Indicações” FEBRASGO/CFM/AMB (MARTINS-COSTA et al., 2002); e protocolos de apoio, “Parto Vaginal após Cesárea Prévia” (ACOG, 2010) e “Indução de Parto” (ACOG, 2009).

A intervenção iniciou-se no dia primeiro de julho de 2011 e terminou no dia 30 de junho de 2012. Foram realizadas reuniões mensais, para discussão do estudo, com médicos em especialização obstétrica e médicos do DGO que tinham disponibilidade e interesse pelo estudo. Devido à dificuldade de se recrutar todos os médicos do DGO, foi aceito o mínimo de 30% de presença nas reuniões.

Após as várias reuniões, exemplares impressos dos protocolos foram disponibilizados nas áreas da obstetrícia do HC-UFU. Concomitantemente,

foram realizadas discussões clínicas das recomendações referentes às indicações de cesáreas, entre o DGO e pesquisadores.

Fase III ou Pós-intervenção: Como na fase da pré-intervenção, foram selecionados e coletados os dados de 160 prontuários de pacientes submetidas à cesárea no período de 20 de maio a 10 de julho de 2012.

As percentagens de partos normais e cesáreas, de todos os nascimentos que ocorreram nesse período, nas fases pré e pós-intervenção, também foram calculadas.

Os nascimentos desses períodos foram classificados em Gestação de Baixo ou Alto Risco materno/fetal, segundo critérios estabelecidos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e adaptados pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Os prontuários foram classificados em **Grupo I**, cesárea com indicação **Coerente** e **Grupo II**, cesárea com indicação **Não Coerente** com o protocolo. Considerou-se **Coerente**, a cesárea que atendeu aos quatro critérios de inclusão que se seguem: a) concordância com o protocolo “Cesariana-Indicações”- FEBRASGO/CFM/AMB (MARTINS-COSTA et al., 2002); b) prontuário com informações completas; c) aplicação correta do conceito cesárea de urgência/emergência ou eletiva; d) utilização de partograma para nortear condutas em fase ativa de trabalho de parto.

Cabe salientar que os autores do presente estudo declararam não haver nenhuma espécie de conflito de interesse, em relação a qualquer instrumento da pesquisa. Inclui-se ausência de conflitos em relação à amostra, aos resultados ou até mesmo à relação de trabalho junto ao Departamento de Ginecologia do HC-UFG, uma vez que os participantes não trabalham neste Departamento. Reafirma-se que os autores fizeram a pesquisa com finalidade científica, e não apresentam nenhuma vantagem ou desvantagem na realização do estudo. Portanto, a metodologia e os resultados do presente estudo foram exaustivamente avaliados de forma objetiva, sem qualquer subjetividade ou conflito de interesse.

Priorizou-se a objetividade, com a definição de quatro critérios para a classificação das cesáreas nos grupos coerentes e não coerentes (concordância com o protocolo escolhido, informações completas no prontuário, conceito correto de cesárea de urgência e utilização de partograma

no trabalho de parto). Com isso, evitou-se questionamento sobre possíveis vieses quanto à imparcialidade durante a análise dos resultados e classificação das cesáreas, como coerentes e não coerentes.

Foram apresentadas as frequências conjuntamente com os respectivos intervalos de confiança com 95% de probabilidade. Para a comparação da efetividade do protocolo utilizou-se o Teste Binomial de Duas Proporções. Foram consideradas diferenças estatisticamente significantes, resultados com $p<0,05$. A análise estatística dos dados foi realizada no Programa BIOESTAT 5.0 (AYRES et al., 2007).

4 RESULTADOS

De acordo com dados das tabelas 1, 2 e 3, não houve diferenças nas médias/mês e percentagens de partos e cesáreas, nos anos dos períodos avaliados.

Tabela 1. Números Absolutos de Partos e Cesáreas realizados no HC-UFU, ano de 2011 e 2012*.

PARTOS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	Média/mês
2011														
Cesarianas	128	118	131	127	143	130	138	153	147	155	144	165	1.679	140
Normais	66	61	76	72	75	56	56	46	67	72	42	42	731	61
Total	194	179	207	199	218	186	194	199	214	227	186	207	2.410	201
2012														
Cesarianas	157	153	170	146	148	139	136	142	140	152	141	146	1.770	148
Normais	46	55	60	47	43	47	66	54	46	41	56	67	628	52
Total	203	208	230	193	191	186	202	196	186	193	197	213	2.398	200

*Fonte: Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares do HC-UFU.

Tabela 2. Percentagens de Cesáreas por Nascimentos, ano de 2011 e 2012*.

Cesáreas	n(%)	IC-95%	p-valor
Pré-intervenção	1.679 em 2.410 (69,6)	(67,8-71,5)	0,89
Pós-intervenção	1.770 em 2.398 (73,8)	(72,1-75,6)	

*Fonte: Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares do HC-UFU.

Tabela 3. Percentagens de Partos Normais por Nascimentos, ano de 2011 e 2012*.

Partos Normais	n(%)	IC95%	p-valor
Pré-intervenção	731 em 2410 (30,4)	(28,5-32,2)	0,89
Pós- intervenção	628 em 2398 (26,2)	(24,4-27,9)	

*Fonte: Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares do HC-UFG.

Dos 262 nascimentos que ocorreram, especificamente, no período estudado, de 20/05/2011 a 10/07/2011 (meses em destaque na tabela 1) 160 foram por cesáreas [61,1% (I. C. 95% 55,2-67,0)] e 102 [38,9% (I. C. 95% 33,0-44,8)] por partos normais. Dos 224 nascimentos no período de 20/05/2012 a 10/07/2012 (meses em destaque na tabela 1), 160 foram cesáreas [71,5% (I. C. 95% 65,5-77,3)] e 64 [28,6% (I. C. 95% 22,7-34,5)] partos normais.

Dos 262 nascimentos da fase I ou Pré-intervenção, 145 [55,4% (I. C. 95% 49,3-61,4)] eram gestações de alto risco e 117 [44,6% (I. C. 95% 38,6-50,7)] gestações de baixo risco. Dos 224 nascimentos na fase III ou Pós-intervenção, 118 [52,7% (I. C. 95% 46,1-59,2)] eram gestações de alto risco e 106 [47,3% (I. C. 95% 40,8-53,9)] gestações de baixo risco.

Dos 145 casos de gestações de alto risco da fase da pré-intervenção, 108 [74,5% (I. C. 95% 67,4-81,6)] foram cesáreas e 37 [25,5% (I. C. 95% 18,4-32,6)] foram partos normais. Das 117 gestações de baixo risco na mesma fase, 52 [44,5% (I. C. 95% 35,4-53,4)] foram cesáreas e 65 [55,6% (I. C. 95% 46,6-64,6)] nasceram de parto normal.

Dos 118 casos de gestações de alto risco na fase da pós-intervenção, 92 [78,0% (I. C. 95% 70,5-85,4)] foram cesáreas e 26 [22,0% (I. C. 95% 14,6-29,5)] foram partos normais. Das 106 gestações de baixo risco na mesma fase, 68 [64,2% (I. C. 95% 55,0-73,3)] evoluíram para cesárea e 38 [35,9% (I. C. 95% 26,7-45,0)] nasceram de parto normal.

Observa-se, de acordo com dados da tabela 4, que não houve diferença estatística no total de cesáreas coerentes, quando se analisam as situações de alto e baixo risco em conjunto, nos períodos pré e pós-intervenção. Dos 160 prontuários de pacientes submetidas a cesáreas analisados no período pré-intervenção 125 [78,2% (I. C. 95% 71,7-84,5)] tiveram sua indicação coerente

com o protocolo; dos 160 analisados no período pós-intervenção 136 [85,0% (I. C. 95% 79,5-90,5)] tiveram sua indicação coerente (p -valor=0,11).

Tabela 4. Distribuição do Total das Cesáreas (Alto e Baixo Risco) Coerentes e Não Coerentes nas Fases I e III.

CESARIANAS	Fase I n(%)	Fase III n(%)	p-valor
COERENTES	125 (78,2)	136 (85,0)	0,11
NÃO COERENTES	35 (21,8)	24 (15,0)	
TOTAL	160	160	

Todos os critérios de inclusão para a coerência das cesáreas, descritos na tabela 5, apresentaram uma pontual melhoria. Entretanto, não houve diferença estatística, entre os períodos estudados, provavelmente, por pequeno número da amostra (tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das Cesáreas Não Coerentes nas Fases Pré e Pós-intervenção, respectivamente, de acordo com os Critérios de Classificação.

Critérios de classificação	Total Não Coerente Pré-intervenção:35	Total Não Coerente Pós-intervenção:24	p-valor
Não coerentes com o Protocolo: “Cesariana- Indicações” (FEBRASGO/CFM AMB, 2002)	8	7	$p=0,58$
Não utilização de partograma	20	16	$p=0,46$
Sem critério de emergência, porém, descrita como tal	2	1	$p=0,79$
Prontuário incompleto	5	0	-

Sofrimento Fetal Agudo e Iteratividade (Cesárea Iterativa é o conceito aplicado à cesárea realizada em paciente que foi submetida a duas ou mais cesáreas em gestações anteriores) foram causas mais frequentes de cesáreas bem justificadas antes e depois da intervenção (tabelas 6 e 8).

A discrepância de condutas no manejo do parto normal e operatório em situações de baixo risco liderou as causas de cesáreas não coerentes, nas duas fases (tabelas 7 e 9).

Dentre essas situações observam-se parada de evolução de parto sem prévia descrição da evolução ou medidas anteriores à decisão da cesárea, oligodrâmnio com boa vitalidade e não tentativa de indução na primigesta pós-data (tabela 7).

Tabela 6. Cesáreas Coerentes com o Protocolo: Fase I ou Pré-intervenção. (CONTINUA)

Causas	n(%)	IC95%
Sofrimento fetal agudo	37(29,6)	(21,6-37,6)
Iteratividade	24(19,2)	(12,3-26,1)
Parada de evolução do parto (registro em partograma)	12(9,6)	(4,4-14,8)
Apresentação Pélvica	8(6,4)	(2,1-10,7)
Pré Eclampsia grave com complicações maternas	7(5,6)	(1,6-9,6)
Descolamento Prematuro de Placenta	7(5,6)	(1,6-9,6)
Uma Cesárea Anterior + Pós-Datismo sem evolução para parto via baixa	6(4,8)	(1,1-8,5)
HIV	5(4,0)	(3,9-4,9)
Macrossomia (> 4,5 Kg)	4(3,2)	(3,1-4,1)
Falha de Indução de parto	3(2,4)	(2,3-3,4)
Má Formação Cardíaca Fetal	2(1,6)	(1,5-2,6)
Gemelar Primeiro Feto	2(1,6)	(1,5-2,6)

Pélvico		
Diabetes Descompensado sem Evolução para Parto Normal	2(1,6)	(1,5-2,6)
Placenta Prévia Total com Hemorragia	1(0,8)	(0,7-1,8)
Infecção Congênita com Vitalidade Fetal Alterada	1(0,8)	(0,7-1,8)
Eclâmpsia	1(0,8)	(0,7-1,8)
Infecção Pós Amniorraxe, sem Evolução para Parto Normal	1(0,8)	(0,7-1,8)
Hipertensão Pulmonar Materna Descompensada	1(0,8)	(0,7-1,8)
Isoimunização Materno Fetal Grave	1(0,8)	(0,7-1,8)
Total	125	

Tabela 7. Cesáreas Não Coerentes com o Protocolo: Fase I ou Pré-intervenção.

Causas	n(%)	IC95%
Parada de evolução sem registro em partograma	20(57,1)	(40,7-73,5)
Oligodrâmio leve com boa vitalidade sem RCIU ^a	5(14,2)	(14,2-15,2)
Ausência de tentativa de indução em primigesta pós-data.	3(8,5)	(8,5-9,5)
Gemelaridade com ambos os fetos cefálicos	1(2,8)	(2,8-3,8)
HAS ^b transitória no final da gestação com boas condições maternas e/ou fetais.	1(2,8)	(2,8-3,8)
Baixa estatura	1(2,8)	(2,8-3,8)
Hepatite B sem indicação obstétrica	1(2,8)	(2,8-3,8)
Internação precoce sem trabalho de parto	1(2,8)	(2,8-3,8)
Mãe com queixa de diminuição da movimentação fetal, porém, feto em boa vitalidade na CTG ^c e USG ^d com Doppler	1(2,8)	(2,8-3,8)
Amniorraxe sem aguardar evolução ou trabalho de parto	1(2,8)	(2,8-3,8)
Total	35	

^a RCIU: Restrição de Crescimento Intra-uterino; ^b HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

^c CTG: Cardiotocografia; ^d USG: Ultrassonografia.

Tabela 8. Cesáreas Coerentes com o Protocolo: Fase III ou Pós-intervenção.

Causas	n(%)	IC95%
Sofrimento Fetal Agudo	42(30,8)	(23,1-38,6)
Falha de Indução (com registro completo em partograma)	19(13,9)	(8,1-19,8)
Iteratividade	17(12,5)	(6,9-18,1)
Uma cesárea anterior + pós-datismo e perda de vitalidade fetal	14(10,2)	(5,2-15,4)
Parada de evolução do parto (com registro em partograma)	12(8,8)	(4,1-13,6)
Pré eclampsia grave com complicações maternas	9(6,6)	(2,4-10,8)
Macrossomia (> 4,5 Kg)	6(4,4)	(1,0-7,9)
HIV	5(3,6)	(3,6-4,6)
Apresentação Pélvica	3(2,2)	(2,1-3,2)
Descolamento Prematuro de Placenta	3(2,2)	(2,1-3,2)
Herpes genital ativa em trabalho de parto	1(0,7)	(0,6-1,7)
Condilomatose e trabalho de parto ativo	1(0,7)	(0,6-1,7)
Pancreatite Grave e trabalho de parto sem evolução	1(0,7)	(0,6-1,7)
Anencefalia	1(0,7)	(0,6-1,7)
Diabetes descompensado sem evolução para parto	1(0,7)	(0,6-1,7)
Má formação fetal grave	1(0,7)	(0,6-1,7)
Total	136	

Por outro lado, após a intervenção, houve menor heterogeneidade de causas de não coerência (tabela 9). Mesmo após o trabalho de intervenção com *guidelines* que resgatam a atualização do obstetra para o parto normal, um importante fator de barreira para o incentivo ao nascimento via baixa foi identificado: parturientes com cesárea prévia com 45,83% dos motivos de cesáreas não coerentes (tabela 9).

Tabela 9. Cesáreas Não Coerentes com o Protocolo: Fase III ou Pós-intervenção.

Causas	n(%)	IC95%
Pós datismo com boa vitalidade fetal sem tentativa de indução de parto e sem partograma em primigestas	11(45,83)	(25,9-65,8)
Cesárea anterior sem trabalho parto	11(45,83)	(25,9-65,8)
Encaminhamento de outro serviço sem motivo e sem nenhuma indicação	1(4,16)	(3,96-4,19)
Macrossomia de 3.200g	1(4,16)	(3,96-4,19)
Total	24	

Algumas cesáreas foram justificadas por mais de uma indicação coerente com o protocolo aplicado (tabela 10). Situações de Sofrimento Fetal Agudo e Crônico associados com outros motivos para cesárea foram frequentes no presente estudo (tabela 10).

Tabela 10. Cesáreas Coerentes Fases I e III, com Associação de Indicações.

Indicações em Associações de Causas de Cesáreas	N
Sofrimento Fetal/Oligodrâmnio/HIV+	1
Sofrimento Fetal/Apresentação Pélvica	1
Sofrimento Fetal/Cardiopatia Materna Descompensada	1
Sofrimento Fetal/ FIV atual com mal-passado obstétrico de 2 óbitos neonatais/Iteratividade	1
SHG descompensada/ Macrossomia fetal	1
SHG descompensada/Iteratividade/RCIU	1
SHG descompensada/Gemelar com Primeiro Feto Pélvico	1
Iteratividade/ Má-formação Cardíaca Fetal	1
Iteratividade/Pélvico/HIV+	1
Iteratividade/Descolamento Prematuro de Placenta	1

Dentre as cesáreas de alto risco, não houve diferença estatística na coerência das indicações nas duas fases estudadas (tabela 11). Das cesáreas analisadas no período pré-intervenção 108 [67,5% (I. C. 95% 60,2-74,8)] foram de alto risco e, destas, 98 [90,8% (I. C. 95% 85,3-96,2)] foram coerentes com a literatura; das cesáreas analisadas no período pós-intervenção 92 [57,5% (I. C. 95% 49,8-65,2)] foram de alto risco e, destas, 87 [94,5% (I. C. 95% 88,6-98,5)] foram coerentes com a literatura (p -valor=0,30).

Tabela 11. Distribuição das Cesáreas de Alto Risco Coerentes e Não Coerentes nas Fases I e III

Alto Risco	Fase I n(%)	Fase III n(%)	p-valor
Cesáreas Coerentes	98 (90,8)	87 (94,5)	0,30
Cesáreas Não Coerentes	10 (9,2)	05 (5,5)	
Total de Cesáreas de Alto Risco	108	92	

Na fase I, as principais causas das 108 cesáreas de alto risco foram: Sofrimento Fetal como consequência de alterações placentárias das Síndromes Hipertensivas na Gravidez (SHG) [61 casos ou 56,4% (I. C. 95% 47,1-65,8)]; Complicações de Diabetes Gestacional, Insulino e/ou Não Insulino-Dependente [8 casos ou 7,4% (I. C. 95% 2,5-12,3)]; Descolamento Prematuro de Placenta [8 casos ou 7,4% (I. C. 95% 2,5-12,3)]; HIV [6 casos ou 5,5% (I. C. 95% 1,2-9,9)]; Quadro de Insuficiência Placentária [8 casos ou 3,7% (I.C.95% 2,5-12,3)].

As demais causas foram: Complicações fetais devido a Pós-Datismo (2,7%); Hipotireoidismo Descompensado (1,8%), Asma Grave Materna, Má-formação Cardíaca Fetal, Isoimunização Materno Fetal, Macroprolactinoma Materno, Outras má-formações fetais, Placenta Prévia, Macrossomia Fetal, Hepatite B, Trombofilias, Cardiopatia Fetal, Hipertensão Pulmonar Materna e Cardiopatia Materna Descompensada (0,9%).

Na fase III, a principal indicação das 92 cesáreas de alto risco foi Sofrimento Fetal, Agudo ou Crônico, como consequência de alterações placentárias das SHG [53 casos ou 57,6% (I. C. 95% 47,5-67,7)].

Outras causas foram Descolamento Prematuro de Placenta, Sofrimento Fetal por complicações de Pós-Datismo, HIV (5,4%); Complicações de Diabetes (Gestacional, Insulino e/ou Não Insulino-Dependente), Macrossomia (4,3%); Má-Formação Fetal (3,2%); Sofrimento Fetal por gestante usuária de drogas ilícitas (2,1%).

Dentre as situações menos frequentes, porém, não menos importantes, citam-se Insuficiência placentária por Talassemia Materna, Hipertireoidismo Descompensado, Pancreatite Grave, Gestação Pós-Cirurgia Bariátrica, Trombofilias, Câncer Gástrico, Doenças Infecto-contagiosas maternas como Herpes Genital Ativa e Condilomatose e História de Mau Passado Obstétrico com Iteratividade (1,0%).

Por outro lado, quando se analisou as cesáreas de baixo risco, houve diferença estatisticamente satisfatória na coerência das indicações entre os dois períodos avaliados (tabela 12). Foram consideradas de baixo risco 52 em 160 [32,5% (I. C. 95% 25,2-39,8)] das cesáreas analisadas no período pré-intervenção e 68 em 160 [42,5% (I. C. 95% 34,8-50,2)] daquelas analisadas no período pós-intervenção. Considerando apenas as de baixo risco, foram coerentes com a literatura 27 em 52 [52,0% (I. C. 95% 38,3-65,5)] no período pré-intervenção e 49 em 68 [72,1% (I. C. 95% 61,4-86,1)] no período pós-intervenção (p -valor=0,02).

Tabela 12. Distribuição das Cesáreas de Baixo Risco Coerentes e Não Coerentes nas Fases I e III.

Baixo Risco	Fase I n(%)	Fase III n(%)	p -valor
Cesáreas Coerentes	27(52,0)	49(72,1)	0,02
Cesáreas Não Coerentes	25(48,0)	19(27,9)	
Total de Cesáreas de Baixo Risco	52	68	

As características das parturientes, de acordo com o histórico reprodutivo, admitidas no HC-UFG estão dispostas na tabela 13. A percentagem de não primigestas com cesárea anterior prevaleceu em relação às primigestas, com diferença estatística.

Tabela 13. Distribuição das Cesáreas de acordo com o Histórico Reprodutivo:
Primigestas e Não Primigestas

Primigestas	Fase I	Fase III	p-valor
Coerentes	40	55	
Não Coerentes	23	12	
Total de Primigestas	63	77	0,001 (distribuição)
Não Primigestas	97	83	
Total de Cesáreas	160	160	

5 DISCUSSÃO

Apesar de o objetivo da intervenção não ter sido uma diminuição na prevalência de cesáreas, como impacto secundário, quando se comparam os anos de 2011 (ano da pré-intervenção, ou FASE I) e 2012 (pós-intervenção ou FASE III) poderia se esperar esse resultado, o que não ocorreu (tabelas 1, 2 e 3). Um fator que pode ter influenciado para a não diminuição do número de cesáreas, foi o não envolvimento da gestante como parte do processo de equipe como um todo.

Acredita-se que, uma real diminuição nas taxas de cesáreas, teria ocorrido se programas de conscientização sobre vantagens e desvantagens de cada tipo de parto fosse amplamente discutido, com a mais importante parte do contexto, que se trata da própria gestante. Todo o trabalho de esclarecimento dos riscos e benefícios do parto natural e cesárea deve se iniciar muito antes do parto (BRASIL, 2012).

Durante o pré-natal, o trabalho de esclarecimento à gestante deve ser voltado, também, para a orientação sobre as indiscutíveis indicações de cesárea. A abordagem esclarecida do nascimento operatório poderia incluir, também, uma clara orientação sobre as indicações salvatórias dos instrumentos obstétricos, como fórceps e vácuo extrator no período expulsivo do parto. Com isso, seriam possíveis pequenas mudanças comportamentais, talvez pontuais, mas que ao longo do tempo poderiam transformar a cultura que hoje impera na sociedade, de que a cesárea seria a melhor forma de nascer. Educação pode reverter a atual situação do parto operatório, hoje quase em extinção.

Outro fator, que pode ter contribuído para a não diminuição das percentagens de cesáreas entre os dois períodos avaliados, pode ter sido a alta percentagem de gestações de alto-risco do HC-UFG. Esse hospital é centro médico de referência para esse tipo de gravidez, entre outras especialidades, para onde são encaminhados os casos de maior complexidade da obstetrícia. Apesar de gestação de alto-risco não ser sinônimo de cesárea, essa cirurgia pode ser, em muitos desses casos, realmente, a única opção

salvatória do binômio mãe-feto (HADDAD e CECATTI, 2011; ZUBAIB et al., 2008; BRASIL, 2012).

Das cesáreas de alto risco, como mais de 90% foram coerentes com as indicações do protocolo, em ambos os períodos avaliados, é difícil demonstrar diferença estatisticamente significante entre eles, com número pequeno de casos (tabela 11). As próprias intercorrências obstétricas já apresentam seus protocolos pré-estabelecidos, e as indicações de cesáreas em gestações de alto risco, na maioria das vezes, são inquestionáveis (ZUBAIB et al., 2008; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Portanto, a não demonstração de efetividade da intervenção, nas situações de alto e baixo risco, em conjunto, pode ter sido devido à alta percentagem de gestações de alto risco, e à grande freqüência de coerência da indicação já existente antes da intervenção (tabela 4).

A análise isolada das cesáreas de gestações de baixo risco, por outro lado, mostrou maior coerência de indicações após a intervenção. Pode-se afirmar, de acordo com esses dados, que a intervenção proposta é efetiva nos casos de gravidez de baixo risco, quando a percentagem de indicações em desconformidade é grande (tabela 12).

É fato que as taxas de cesáreas nos hospitais universitários brasileiros são muito elevadas, e que há concentração do ensino médico em hospitais de alta complexidade (SASS; HWANG, 2009). O limitado acesso dos alunos de medicina e dos médicos em formação, à assistência obstétrica fisiológica, resulta em uma formação capacitada para enfrentar situações complexas, porém, limitada para acompanhar e investir justamente na fisiologia do parto normal (SAKAE, FREITAS e D'ORSI, 2009; SASS; HWANG, 2009).

A considerável frequência de cesáreas sem indicação precisa, encontradas no presente estudo, nas situações de baixo risco, reitera a necessidade de se investir no ensino do manuseio de situações fisiológicas.

A concordância da indicação da cesárea com o protocolo escolhido da intervenção determinou, em conjunto com os demais critérios, a classificação da coerência do procedimento. A objetividade na classificação, como coerente ou não coerente, se baseou não apenas no termo que foi escrito na indicação, e sim na análise de todo o prontuário, e na aplicação de todos os recursos disponíveis para um correto diagnóstico. Cita-se como exemplo, o diagnóstico

de Sofrimento Fetal Agudo para justificar cesárea. Aceitou-se, dentre outros, os termos Bradicardia Fetal Sustentada, Bradicardia detectada à Cardiotocografia, como sinônima. Entretanto, perda de movimentos fetais com provas de vitalidade fetal preservadas à Cardiotocografia, e/ou ao Estudo Dopplervelocimétrico Fetal não foi aceito como diagnóstico coerente de Sofrimento Fetal Agudo (ZUGAIB et al., 2008; BRASIL, 2012).

O completo preenchimento do prontuário, referente ao atendimento ginecológico/obstétrico, foi o segundo critério associado para a classificação objetiva da cesárea como coerente ou não. Entende-se que um prontuário com informações incompletas, sem uma descrição do diagnóstico que conduziu a uma cesariana, torna esse procedimento facilmente questionável quanto à sua correta indicação (BRASIL, 2012). Uma abordagem científica sobre os dados do prontuário obstétrico, como critério para classificação da cesárea como coerente, incentivou o correto preenchimento da documentação hospitalar, minuciosamente citada em interpelações judiciais.

Após a intervenção, não houve prontuário na parte gineco-obstétrica preenchido incorretamente (tabela 5). Todos os documentos relacionados às cesáreas, no período avaliado pós-intervenção, apresentaram data, hora da indicação e realização, motivo da cesárea e responsável pela indicação.

O intervalo de 30 minutos é aceitável entre o horário da indicação e realização de uma cesariana de urgência, respeitando-se, obviamente, uma margem de horário de acordo com a estrutura hospitalar disponível (ZUGAIB et al., 2008; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Intervalos, entre a indicação e a realização da cesárea, maiores que 12 horas, não foram aceitos como urgência. Com a padronização desse critério, foram classificadas como não coerentes, as cesáreas que foram descritas equivocadamente como urgência, entretanto, somente foram realizadas após 24 horas.

Os resultados desse estudo mostraram que duas cesáreas supostamente urgentes na fase pré-intervenção e uma na fase pós-intervenção, respectivamente, foram realizadas próximas de 24 horas após a indicação (tabela 5).

Por outro lado, em diagnósticos como Descolamento Prematuro de Placenta e Sofrimento Fetal Agudo, foram providenciadas cesáreas coerentes com intervalos de aproximadamente 10 minutos entre a avaliação médica, e a

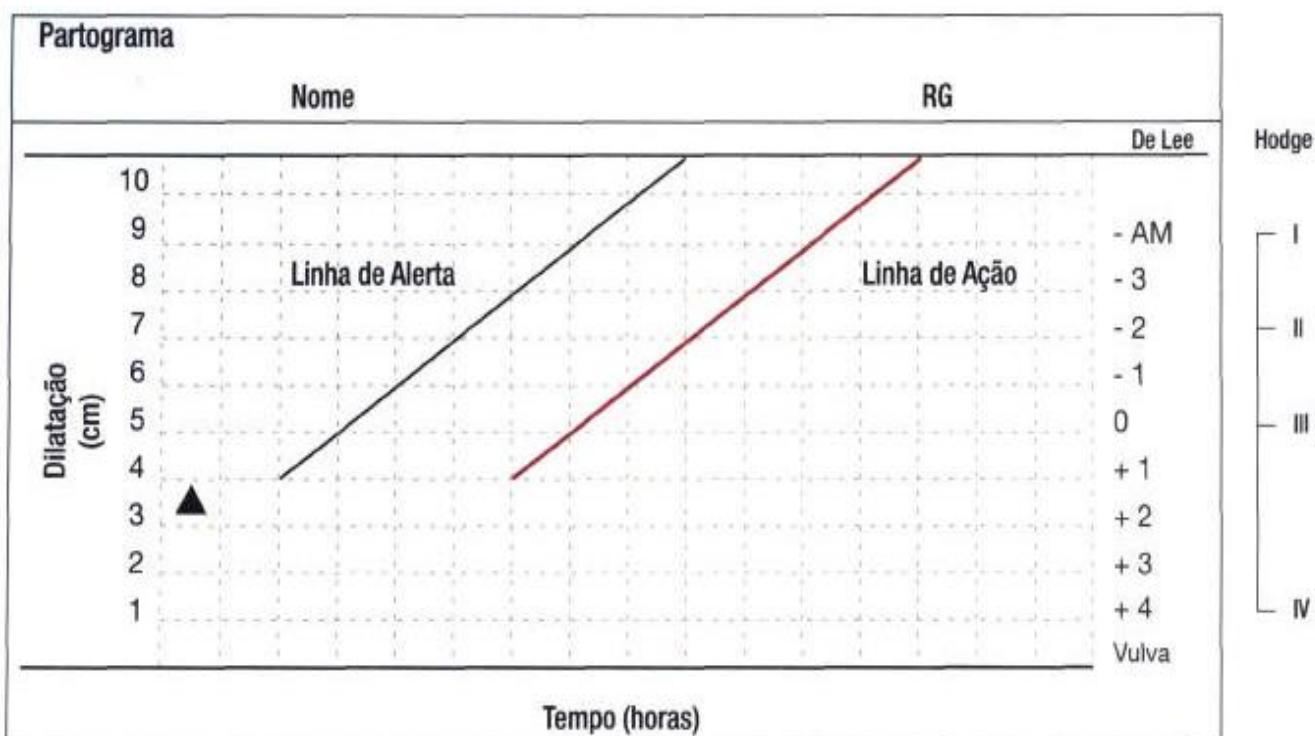
retirada do feto via alta, em boas condições materno-fetais. O dado encontrado sugere que houve primeiro o atendimento à parturiente e, posteriormente, procedeu-se à descrição de horários e conduta em prontuário.

Importou no exemplo anterior a demonstração de que, quando se trata da real urgência obstétrica, a indicação é inquestionável. O treinamento, logística e infra-estrutura hospitalar do Serviço de Obstetrícia do HC-UFG, em caráter de urgência, se mostraram adequados dentro dos padrões da medicina baseada em evidências.

Valorizou-se o partograma, como o quarto critério de classificação de coerência para a indicação da cesárea, durante o trabalho de parto, devido às recomendações da OMS. Esse órgão incentiva o emprego do partograma nas maternidades, como medida de segurança na condução de parto (BRASIL, 2012). A iniciativa de abertura desse registro gráfico, na fase ativa do parto, possibilita uma análise simplificada da evolução do parto e apresenta os diagnósticos de distócias mais claramente (BRASIL, 2012).

O partograma surge como um “Sistema de Alerta Rápido” para detectar as irregularidades do trabalho de parto. A história do partograma se deve à Friedman (USA) em 1954, que descreveu um padrão de dilatação cervical normal, com fase latente e fase ativa. Em 1972, Phillipot e Castle construíram uma variação da curva de Friedman, com o conceito de linhas de alerta e de ação (figura 1). Essas linhas limitam graficamente os partos normais em relação aos disfuncionais. A facilidade de visualizar qualquer desvio do habitual permite ao profissional intervir mais precocemente quando necessário.

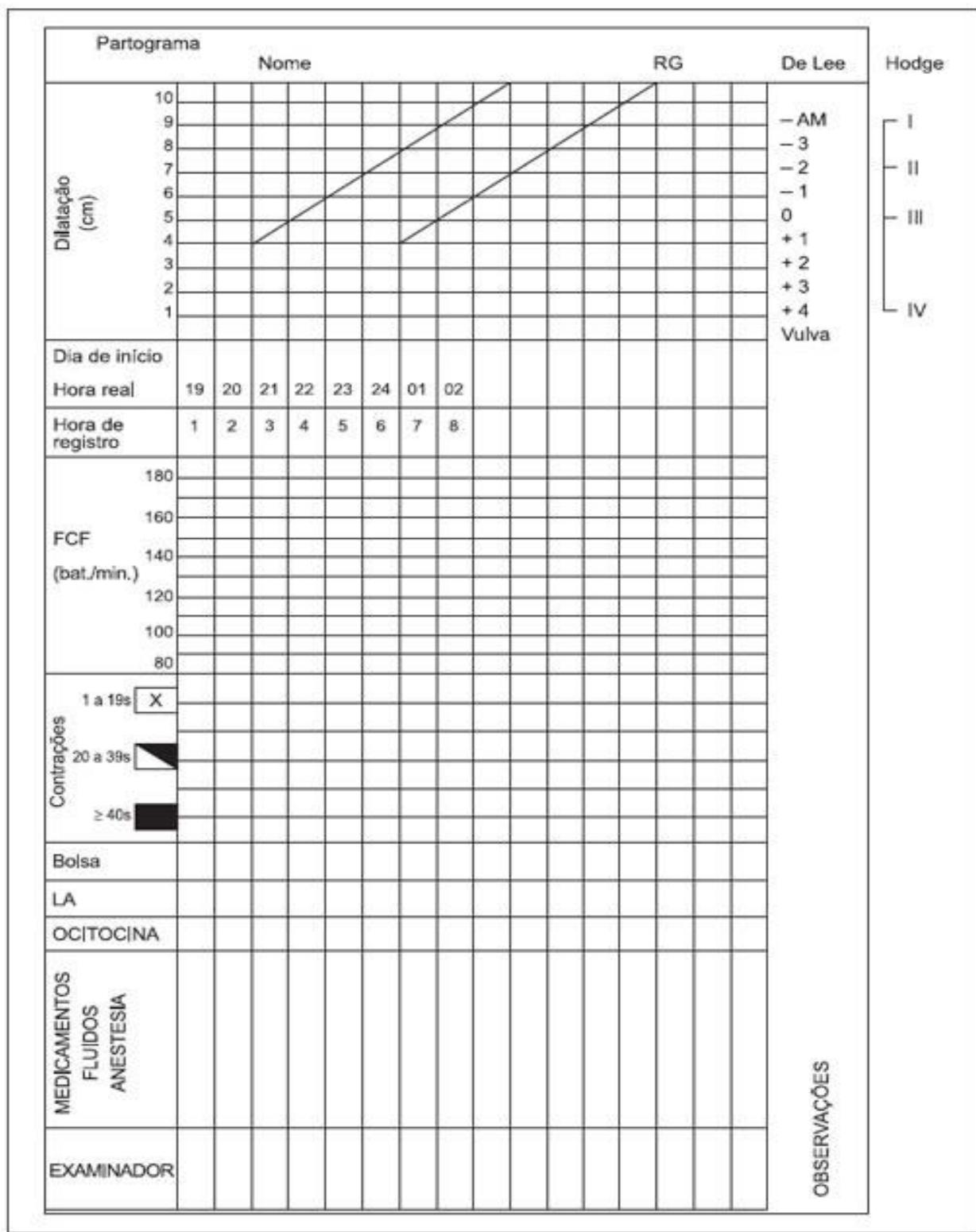
Figura 1 - Linha de alerta e linha de ação (Phiipott & Castle, 1972)



Fonte: Brasil, 2001

Historicamente, merece destaque a utilização do partograma, modelo de Friedman e Phillipot, na década de 1970, por um grupo de profissionais que trabalhava na África. Esse modelo, recomendado atualmente pela OMS, tinha como objetivo inicial orientar parteiras e enfermeiras que atendiam as mulheres daquele continente no momento de dar à luz, para triagem de casos que teriam boa ou má evolução. Em uma região com um grande número de parturientes sem a mesma proporção de médicos, nem ampla rede hospitalar, o partograma orientava enfermeiras-obstetras e parteiras no diagnóstico de partos disfuncionais, e indicava a necessidade de acompanhamento em ambiente hospitalar.

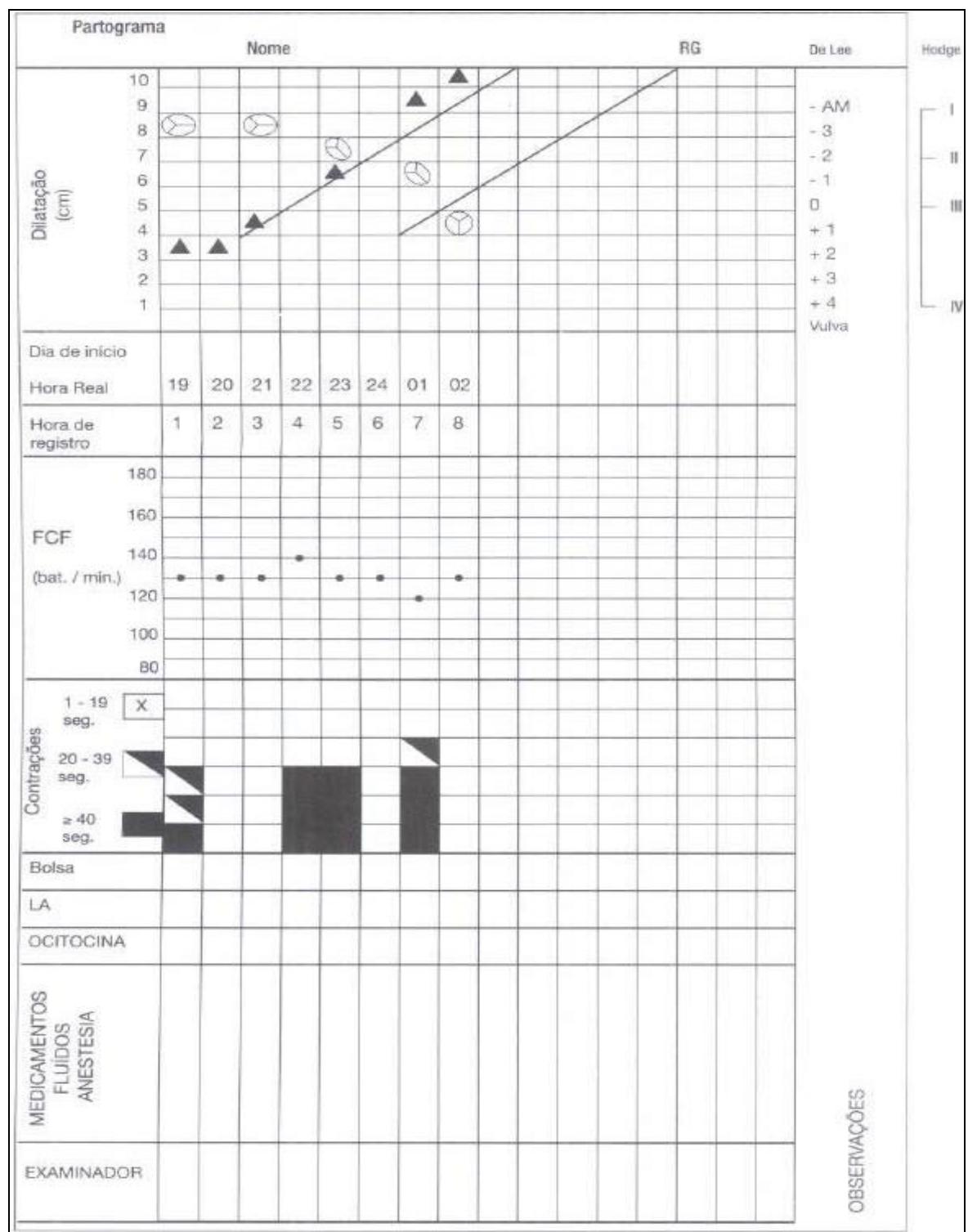
Figura 2. Modelo do partograma segundo Friedman e Phillipot, recomendado pela OMS



Fonte: Ministério da Saúde, Brasil.

A utilização do partograma pode conduzir o obstetra à tomada de decisões que favorecem o parto funcional via baixa (figura 3). Uma primigesta pode ser conduzida à evolução satisfatória para o parto normal, por meio da descrição gráfica do trabalho de parto, favorecendo sua história reprodutiva em gravidezes subsequentes para a continuidade do parto natural. Portanto, a influência positiva do partograma pode adequar indicações de cesáreas e evitar aquelas desnecessárias. (ZUBAIB et al., 2008; BRASIL, 2012).

Figura 3. Modelo de partograma, com respectivas linhas de alerta e ação, e outros registros de interesse no acompanhamento do trabalho de parto funcional.



Fonte: Brasil, 2001

Os critérios de inclusão, para classificação das cesáreas como coerentes e não coerentes apresentaram uma numérica melhoria na qualidade do serviço. Além do maior rigor na descrição do prontuário, houve maior utilização do partograma após a intervenção. Esses resultados aproximaram a prática à medicina baseada em evidências, apesar de não ter havido diferença significativamente estatística, provavelmente pelo número limitado da amostra (tabela 5).

Dentre todos os critérios, pode-se presumir que, o preenchimento correto do prontuário, isoladamente, com descrição do motivo e horário da indicação, responsável pela conduta, foi o fator que mais se ajustou aos moldes recomendados, após a intervenção. Esses dados foram presumidos, e somente não foram expressos estatisticamente, devido à nulidade de prontuários incorretos na fase pós-intervenção (tabela 5).

Os resultados do presente estudo mostram que as principais indicações coerentes de cesárea (tabelas 6 e 8), antes e depois da intervenção, foram situações de consenso na literatura (MARTINS-COSTA et al., 2002; ZUGAIB et al., 2008; HADDAD e CECATTI, 2011). As principais indicações de cesárea coerentes encontradas nesse estudo como Sofrimento Fetal Agudo, e falhas no manejo de parto normal após situações de indução ou após tentativa de parto em gestante com cesárea anterior estão coerentes com o protocolo escolhido para a intervenção e são mundialmente aceitas como coerentes (FLORICA, STEPHANSSON e NORDSTRO, 2006; ACOG, 2010).

As principais causas de cesáreas de alto risco neste estudo se concentraram em complicações materno-fetais decorrentes das Síndromes Hipertensivas na Gravidez (SHG), tanto no período pré-intervenção como na pós-intervenção. Esses dados condizem com as principais indicações de cesáreas de outros serviços e protocolos (FLORICA, STEPHANSSON e NORDSTRO, 2006; ZUGAIB et al., 2008; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Em 2011, Haddad e Cecatti descreveram que, o parto por cesárea tem indicação precisa de realização quando a evolução do trabalho de parto colocar a mãe e/ou feto sob o risco iminente ou presumido de morte ou morbidade grave.

Em 2008, Zugaib e colaboradores, consideraram como principais indicações para cesárea as que foram citadas, e outras como resolução da gestação em grupo de gestantes de alto risco (complicações de hipertensão na gestação além de diabetes gestacional). Consideram também que, classicamente, os fatores de risco para cesárea incluem indução do parto, oligodrâmnio, meconígio, idade materna avançada, obesidade, excesso de rotação axial do cordão umbilical (espirais) e parto obstruído (ZUGAIB et al., 2008).

Os motivos que mais se associaram para reiterar a necessidade de cesárea foram: Sofrimento Fetal, Duas ou Mais Cesáreas Prévias (Iteratividade) e Complicações das Síndromes Hipertensivas na Gravidez (tabela 10). Indubitavelmente, todos esses casos justificaram suas cesáreas (MARTINS-COSTA et al., 2002; FLORICA, STEPHANSSON e NORDSTRO, 2006; ZUGAIB et al., 2008; BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), e não dependeram da implantação das medidas educativas do presente estudo.

Por outro lado, mesmo após a intervenção, as dificuldades na tentativa de indução e/ou estimulação de parto em primigestas pós-data de baixo-risco e manejo da gestante com cesárea anterior lideraram as causas de cesáreas não coerentes (tabelas 7; 9).

Hospitais terciários de países com diferentes níveis sócio-econômicos descrevem indicações semelhantes para cesáreas (FLORICA, STEPHANSSON e NORDSTRO, 2006; NULA, 2010). Um centro médico de referência em Estocolmo na Suécia justificou Sofrimento Fetal Agudo e dificuldade de manejo de parto normal em gestante com cesárea prévia, como principais indicações para cesárea (FLORICA, STEPHANSSON e NORDSTRO, 2006).

Em um hospital universitário da Tailândia e em hospitais provincianos do oeste da Ásia, autores descreveram Desproporção Cefalo-Pélvica, Sofrimento Fetal, Apresentação Pélvica e Cesárea Anterior como principais justificativas para cesárea (FESTIN, 2009; NULA, 2010). Portanto, esses estudos sugerem que as dificuldades enfrentadas pelas equipes obstétricas são semelhantes, mesmo em hospitais de países com realidades sócio-culturais, político-econômicas distintas.

Hospitais de diferentes níveis de complexidade também podem apresentar, igualmente, números elevados de cesáreas, devido a fatores relacionados à parturiente (FESTIN, 2009; PÁDUA, 2010). As condições da gravidez, do recém-nascido e as características sócio-demográficas e reprodutivas da parturiente associam-se, independentemente, à realização de cesariana (PÁDUA, 2010), até mesmo em situações de baixo risco (SESHADRI; MUKHERIEE, 2005).

O índice de complexidade hospitalar nem sempre está associado, isoladamente, à indicação da cesárea (FESTIN, 2009; PÁDUA, 2010). Portanto, não basta equipe médica favorável ao parto normal. Outros fatores alheios à vontade e preparo do médico predispõem à cesariana (FESTIN, 2009; PÁDUA, 2010).

A cesárea prévia é historicamente uma das maiores causas de cesáreas, tanto bem indicadas quanto desnecessárias (ACOG, 2010; HADDAD e CECATTI, 2011). Esse fator reprodutivo e cultural influenciou indicações de cesáreas, muitas vezes inadequadas, ao longo das últimas décadas (ACOG, 2009; ACOG 2010; GOLD, LEON e CHAMES, 2010).

Em 1916, Cragin disse “uma vez cesárea, sempre cesárea”. Essas palavras, ditadas na Associação de Obstetras e Ginecologistas de Nova York, influenciaram indicações de cesáreas, em pacientes com uma cesárea anterior, durante os 60 anos seguintes.

A prática da cesárea em secundigesta com cesárea prévia, que dominou a prática obstétrica nos Estados Unidos em meados dos anos 70, motivou o desenvolvimento da diretriz Parto Vaginal após Cesárea Prévia (VBAC) do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG). Esse protocolo foi aceito por vários serviços como um meio de se reduzir taxas de cesáreas e morbidades decorrentes do procedimento (ACOG, 2009; ACOG 2010; GOLD, LEON; CHAMES, 2010).

Protocolos de recomendação de indução de parto também demonstraram suporte da medicina-baseada em evidências, ao obstetra na sala de parto. A indução de parto em primigestas, com misoprostol, em feto de apresentação cefálica, ou a estimulação de parto com ocitócitos, podem influenciar, positivamente, na diminuição de nascimentos desnecessários via alta. A tentativa de se evitar a primeira cesárea, por meio dessas medidas,

pode ser realizada, se houver experiência da equipe, avaliação constante da vitalidade fetal e monitoramento pelo partograma (BULGALHO, 1994; FIGO, 1995; CHOI-HEE e RAYNOR, 2001; RCOG, 2001; SOGC 2001; ACOG, 2004).

É fato que investir na primigesta para se evitar a primeira cesárea pode diminuir as cesáreas possivelmente desnecessárias (SASS e HWANG, 2009; ACOG, 2010; HADDAD e CECATTI, 2011). A presença de uma cesárea prévia aumenta em um a quatro vezes a probabilidade de repetir a intervenção (SASS e HWANG, 2009; ACOG, 2010). Além disso aumenta os riscos de complicações como placenta prévia e acretismo placentário (RCOG, 2001; ACOG 2002; USTA et al., 2005; SOGIMIG, 2007; GROBMAN, 2008; ACOG, 2009; ACOG 2010). Portanto, evitar também a segunda cesárea, diminui os índices de cesáreas e a mortalidade materna-fetal (ACOG, 2010).

Os protocolos de apoio escolhidos nesse estudo, para adequar coerentemente indicações de cesarianas, devido aos motivos apresentados anteriormente, foram Indução de Parto (ACOG, 2009), como apoio para se evitar a primeira cesárea e Parto Vaginal após Cesárea Prévia (ACOG, 2010), na tentativa de se evitar a segunda cesárea.

Os dados observados nesse estudo sugerem que, nas condições em que foram aplicadas as recomendações destes *guidelines*, juntamente com o protocolo da intervenção e as reuniões de discussão de todo o contexto que envolve a escolha da via de parto, há efetividade na adequação de indicações de cesáreas de baixo risco (tabela 12).

De acordo com dados da tabela 13, o número de secundigestas com cesárea prévia encaminhadas ao HC-UFGU supera o número de primigestas, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$). Tal fato sugere que, por ser um serviço terciário, o HC-UFGU recebe encaminhamentos de serviços primários, que realizam uma triagem obstétrica, possivelmente direcionando a este hospital casos de pacientes de alto risco e/ou com cesárea prévia. Apesar do histórico de cesárea anterior não contra indicar parto via baixa, o manuseio dessas secundigestas com cesárea prévia pode não favorecer parto normal pelo risco de ruptura uterina em induções. A cesárea bem indicada nesse grupo de pacientes, após tentativa de parto natural, pode ter influenciado os índices de cesárea coerentes em gestantes de baixo risco pós-intervenção no presente estudo (tabela 12).

A cultura da cesariana segura, por outro lado, dificulta a mudança de comportamento em relação às cesáreas desnecessárias. De nada adianta uma equipe médica, amplamente embasada em protocolos médicos, engajada em uma medicina baseada em evidências, disponibilizar todo o seu conhecimento, para uma população que ainda acredita ser a cesariana, a melhor forma de nascimento. O médico tenta fazer o melhor nascimento, com a melhor medicina de que conhece, em uma situação onde a gestante pode ser proveniente de uma cultura, onde se tentar o parto normal é sinônimo de dor, sofrimento e desamparo.

A medicalização do parto é um reflexo da medicalização social, que transforma em necessidades médicas as vivências fisiológicas da mulher. A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade da mulher em lidar com o fenômeno do parto, sua imprevisibilidade e suas dores (LEÃO et al., 2013).

O pragmatismo da nova era dificulta a conscientização sobre a demora em se parir. Como se não bastasse a dificuldade de conscientização da parturiente, o obstetra se depara com uma sociedade ávida por total previsibilidade e imediatismo, como se um nascimento fosse mais coerente acontecer com data e hora marcada. Muitas vezes, a sociedade acredita que a tentativa de parto normal significa procedimento de medicina arcaica, e de assistência negligente por parte do médico, que deixou a mãe sofrer, até não conseguir parir.

A sociedade, atualmente, encontra-se em nova época, em que não se contenta somente com o nascimento de uma criança viva, mas espera-se que ela seja saudável e tenha boa qualidade de vida até a velhice. Infelizmente, é essa sociedade que julga, equivocadamente, atos médicos e divulga complicações previsíveis de um parto, como erro médico.

Essa é o mesmo contexto social que coloca questionamentos sobre o parto normal como uma das mais freqüentes causas de interpelações judiciais da medicina brasileira e mundial. Atos obstétricos recomendados pela medicina baseada em evidências em partos naturais bem padronizados, muitas vezes

são denunciados, equivocadamente, como se fossem atos de negligência médica, por não se ter feito uma cesárea.

As ações do obstetra, no pré-natal e nascimento, podem ser questionadas e podem influenciar todo o desenvolvimento do ser humano. Ao obstetra, pode ser atribuída a responsabilidade sobre qualquer maleficência ocorrida ao indivíduo, mesmo que se desenvolva ao longo da sua existência.

Diante desse cenário, a medicina baseada em evidências aponta um dos possíveis caminhos para direcionar a assistência médica rumo à mudança de comportamento médico-social, à atualização e desfecho favorável no parto. A implantação de modelos de conduta, com o melhor nível de evidência na prática, pode ser um meio de se adequar indicações de cesáreas (CHAILLET e DUMOND, 2007) e capacitar o obstetra na tomada correta de decisões na assistência ao nascimento.

Consolidar a objetividade e uniformidade na obstetrícia, por outro lado, seguindo protocolos para parto normal ou cesárea, pode ser um verdadeiro desafio. A assistência obstétrica é binomial (mãe-filho). Entretanto, devido ao considerável anseio da parturiente, e devido aos diversos fatores culturais envolvidos, é individualizada (cada nascimento é único) (JOHANSON e LUCKING, 2001; CYR, 2006).

A medicina baseada em evidências, ainda assim, pode melhor instrumentalizar o obstetra na adequação das indicações de cesáreas. Estudos mostram o impacto, na prática, de protocolos recomendando a cesariana eletiva após 39 semanas, limitando cesáreas desnecessárias. Tal medida promoveu diminuição dos nascimentos pré-termos (COTZIAS e PATERSON-BROWN, 2001; ACOG, 2002; ACOG, 2007; ASHTON, 2010; EHRENTHAL et al., 2011). A partir do VBAC, vários autores utilizaram esse protocolo, como meio de se reduzir cesáreas desnecessárias, alguns com resultados positivos, outros, às vezes, discordantes (CHAILLET; DUMOND, 2007).

Segundo Chaillet e Dumond (2007), apesar do amplo desenvolvimento de protocolos na obstetrícia, poucas estratégias são realmente efetivas na prática para se diminuir as indicações de cesáreas desnecessárias. Esses autores realizaram uma meta-análise em 2007, que comparou estudos de intervenção com esse propósito. Dos 831 estudos selecionados, apenas 10

foram considerados consistentes para se testar efetividade de intervenção com esse propósito (CHAILLET e DUMOND, 2007).

Chaillet e Dumond discordaram da efetividade da aplicação isolada de modelos de conduta na redução dos índices de cesáreas. Para esses autores, intervenções realmente efetivas são aquelas onde um conjunto de ações é desenvolvido no serviço obstétrico. Além disso, estudos incluindo identificação de barreiras, para se reduzir taxas de cesáreas, são mais efetivos que outras intervenções, assim como estratégias multifatoriais (CHAILLET e DUMOND, 2007).

Corroborando com esses autores, a intervenção proposta no presente estudo, constituiu-se de um conjunto de ações, e favoreceu a adequação nas indicações de cesáreas em gestações de baixo risco. Essa espécie de auditoria proporcionou uma revisão de condutas, e um maior rigor de atitudes, pois cada atendimento se transformou em um espelho da qualidade do serviço prestado para a comunidade médica, e toda a sociedade.

Os dados desse estudo apontaram que a principal barreira identificada para o incentivo ao parto natural, no HC-UFG, foi o grande número de secundigestas com cesárea prévia. Importa mais ao serviço, trabalhar exaustivamente as barreiras encontradas para se adequar as indicações de cesarianas, que implantar isoladamente protocolos de mudança de conduta (FLORICA, STEPHANSSON e NORDSTRO, 2006).

Esse estudo sugere que programas específicos de atendimento obstétrico à gestante com uma cesárea prévia poderiam ser implantados para se estimular o nascimento via baixa nesse grupo de parturientes.

A conscientização de gestantes e familiares, sobre a viabilidade de parto normal, após uma cesárea, favorece o parto via baixa (BRASIL, 2012). O envolvimento esclarecido da gestante, na escolha da via de parto, possibilita, pelo menos, a tentativa de parto natural, em uma mulher que teria um futuro reprodutivo culturalmente predestinado à cesárea.

A intervenção testada no presente estudo constou de revisão de protocolos obstétricos que encorajam e capacitam o médico para o parto normal, reuniões freqüentes com discussão da aplicabilidade desses protocolos de recomendações na prática local e estímulo da equipe, em se fazer uma obstetrícia padronizada e atualizada. Portanto, a sua efetividade foi

comprovada quando aplicada em sua totalidade, conforme a metodologia descrita, não se podendo concluir que sua aplicação incompleta seja necessariamente efetiva.

Esses dados sugerem a necessidade de discussões multidisciplinares, em de toda esfera da sociedade, sobre as vantagens e desvantagens das duas formas de nascer. Cabe ao obstetra envolver entidades como família, escolas, unidades de atendimento médico primário, secundário, hospitais terciários, universidades e área jurídica na discussão e esclarecimento sobre riscos e benefícios do parto natural e cesárea. A conscientização de todos os interessados no processo, sobre o real cenário das cesáreas desnecessárias, poderia instrumentalizar o resgate do parto natural na arte obstétrica.

Importa colocar em pauta, para a sociedade, a possibilidade do parto operatório em condições necessárias. O treinamento sistemático do obstetra para o uso do fórceps e vácuo extrator no período expulsivo do parto, assim como a discussão das indicações salvatórias desses instrumentos e suas possíveis complicações, deveriam ser abordados quando se discute parto normal.

Essas medidas permitiriam a evolução da nossa cultura em se aceitar cada vez mais o parto natural e operatório como nascimento viável e seguro. Se assim não fosse, seria impossível a evolução da humanidade, que passou a nascer através de uma cesárea a partir desse século. Talvez ao longo do tempo, medidas desse porte possam trazer uma real diminuição nas taxas de cesáreas desnecessárias.

Finalmente, esse estudo contribuiu na prática para um legado de revisão e auto-avaliação de condutas, em um serviço de ginecologia e obstetrícia de um hospital terciário. A adequação nas indicações de cesárea, em um serviço universitário, sinalizou um passo importante para o desenvolvimento de estudos posteriores, com o objetivo de realmente diminuir taxas de cesárea.

6 CONCLUSÃO

Medidas implantadas nesse estudo são efetivas na adequação nas indicações de cesáreas em gestações de baixo risco, mas não em casos de alto risco.

A pouca efetividade da intervenção pode ter sido motivada pelas características das pacientes do HC-UFG, que apresentam alta taxa de indicações coerentes de cesáreas.

As principais barreiras encontradas no presente estudo para incentivo ao parto normal foram alto índice de secundigestas com cesárea prévia; primigestas de alto risco e dificuldades de manejo da fase latente/ativa do trabalho de parto.

Histórico de cesárea anterior não contra-indica parto via vaginal. Entretanto, o risco de ruptura uterina e complicações maternas e fetais em indução medicamentosa nesse grupo de gestantes, pode ter contribuído para o desfecho via alta.

Gestação de alto risco não é sinônimo de cesárea. Por outro lado, há casos em obstetrícia onde a única opção salvatória do binômio mãe feto é uma cesárea para encerrar uma evolução de alto risco do pré-natal.

Importa aos serviços obstétricos incentivar e capacitar o médico em especialização no manejo do parto normal. O constante aprimoramento do obstetra na indicação precisa de manobras que favorecem o parto normal, assim como o domínio da aplicação dos instrumentos salvatórios de períodos expulsivos, pode reverter a prática cesarista da atualidade.

A avaliação da efetividade da aplicação de um protocolo na readequação das indicações de cesarianas favoreceu o incentivo ético, técnico e legal à aplicação das diretrizes estudadas na prática obstétrica no decorrer de um ano, como exercício motivacional à padronização de condutas obstétricas, em um hospital terciário brasileiro. Entretanto, nada supera a decisão pessoal e única no momento do nascimento, vivenciada pelo obstetra e gestante, onde o principal objetivo é fazer o nascimento de forma segura e saudável, independente de culturas ou guidelines.

7 CONFLITO DE INTERESSE

Os pesquisadores do presente estudo declaram não haver qualquer espécie de conflito de interesse.

8 REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Cesarean delivery on maternal request.** *Obstetrics and Gynecology*, New York, U. S., v. 110, n. 6, p. 1501-1504, Dec. 2007. ACOG Committee Opinion n. 394.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Induction of labor.** *Obstetrics and Gynecology*, New York, U.S., v. 114, n. 2., p. 386-397, 2009. ACOG Practice Bulletin n.107.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Management of postterm pregnancy.** ACOG Practice Bulletin. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Saint Louis, Mo., U. S., v. 104, n. 3, p. 639-643, 2004.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Placenta accreta. ACOG Committee Opinion.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Baltimore, U.S.,v. 266, p. 77-78, 2002.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Vaginal birth after previous cesarean delivery.** ACOG Practice Bulletin. *Obstetrics and Gynecology*, New York, U.S., v. 116, p 450-463, 2010.
- ASHTON, D. M. **Elective delivery at less than 39 weeks. Current Opinion.** *Obstetrics and Gynecology*, New York, U. S., v. 22, p.506-510, 2010.
- AYRES, M. et al. **Bioestat 5.0: aplicações estatísticas na área de ciências biológicas e médicas.** Belém: Sociedade Civil Mamirauá, 2007.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5.ed. Brasília, D.F: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 302 p. (ISBN 978-85-334-1767-0).
- BRASIL. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, D.F: Editora do Ministério da Saúde, 2001. 199 p. (ISBN 85-334-0355-0).
- BULGALHO, A. et al. **Induction of labor with intra-vaginal misoprostol in intrauterine fetal death.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Saint Louis, Mo.,U.S., v. 171, p. 538-541, 1994.

CHAILLET, N.; DUMOND, A. **Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis.** *Birth*, Boston, U.S., v. 24, p. 53-64, 2007.

CHOI-HEE, L.; RAYNOR, B. D. **Misoprostol induction of labour among women with a history of cesarean delivery.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Saint Louis, Mo., U.S., v. 184, p. 1115-1117, 2001.

COTZIAS, C. S.; PATERSON-BROWN, S.; FISK, N. M. **Obstetricians say yes to maternal request for elective cesarean section: a survey or current opinion.** *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Stockholm, U.S. v. 97, p.15-16, 2001.

CYR, R. M. **Myth of the ideal cesarean section rate: commentary and historic perspective.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Saint Louis, Mo.,U.S., v. 194, p. 932-936, 2006.

DUARTE, G.; COLTRO, P. S.; BELDONE, R. V.; NOGUEIRA, A. **Trends in the models of delivery and their impact on perinatal mortality rates.** *Revista Saúde Pública*, São Paulo, SP, v. 38, n. 3, p. 379-384, 2004.

EHRENTHAL, D. et al. **The effectiveness of guidelines limiting elective delivery prior to 39 weeks at lowering rates of NICU admission.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Saint Louis, Mo., U.S., Sup Jan S221, 2011.

FESTIN, M. R. et al. **Cesarean section in four south east asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes.** *BMC Pregnancy Childbirth*, London, G.B, v.19, p. 17, 2009. SEA-ORCHID STUDY GROUP.

FLORICA, M.; STEPHANSSON, O.; NORDSTRO, L. **Indications associated with increased cesarean section rates in a Swedish hospital.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Baltimore, U.S., v. 92, p. 181-185, 2006.

FREITAS, P. F. et al. **Inequalities in cesarean delivery rates by ethnicity and hospital accessibility in Brazil.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Baltimore, U.S., v. 107, p. 198-201, 2009.

GOLD, K. J.; LEON, I.; CHAMES, M. C. **National survey of obstetrician attitudes about timing the subsequent pregnancy after perinatal death.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Saint Louis, Mo., U.S., v. 202, n. 357, p. 1-6, 2010.

GROBMAN, W. A. et al. **Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries.** *Obstetrics and Gynecology*, New York, U.S., v. 110, n.6, p. 1249-1255, 2008.

HADDAD, S. E. M. T.; CECATTI, J. G. **Strategies directed to professionals for reducing unnecessary cesarean sections in Brazil.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 252-262, 2011.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. **Committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Baltimore, U.S. v. 64, p. 317-322, 1999.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. **Recommendations of the FIGO committee on perinatal health on guidelines for the management of breech delivery.** *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Stockholm, U.S., v. 58, p. 89-92, 1995.

JOHANSON R.; LUCKING, L. **Evidence-based medicine in obstetrics.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Baltimore, U.S. v. 72, p.179-185, 2001.

KATIKIREDDI, S. V.; GORMAN, D. R.; LEYLAND, A. H. **A comparison of trends in caesarean section rates in former communist (transition) countries and other European countries.** *European Journal of Public Health*, Stockholm, U.S., v. 23, n. 3, p. 381-383, 2012.

KUNPRADIT, S. et al. **Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section.** (Cochrane Database Syst Rev. 2011). *The Cochrane Library, Oxford*, Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21678348>. Acesso em: 24 jun. 2014.

LEÃO, M. R. C. et al. **Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, 2013.

MACDORMAN, M. F.; MENACKER, F.; DECLERCQ, E. **Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes.** *Clinics in Perinatology*, Philadelphia, Pa.,U. S., v. 35, n. 2, p. 293-307, 2008.

MARTINS-COSTA, S. H. et al. **Projeto diretrizes: Cesariana-indicações.** *Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, 2002.

NULA, M. et al. **Rising cesarean delivery rates at a tertiary care center in Thailand.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Baltimore, U.S., v. 110, n. 1, p. 76-77, 2010.

PÁDUA, K. S. et al. **Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros.** *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, 2010.

PAUL, R. H.; MILLER, D. A. **Cesarean birth: how to reduce the rate.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Saint Louis, Mo., U. S., v.172, p. 1903-1911, 1995.

PORRECO, R. P.; THORP, J. A. **The cesarean birth epidemic: trends, causes and solutions.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Saint Louis, Mo., U. S., v. 175, p. 369-374, 1996.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Induction of labour: evidence-based clinical guideline number 9.** London, U. K., 2001. *RCOG Clinical Effectiveness Support Unit*. ISBN 1-900364-50-6.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management.** *RCOG Green-top Guideline*, n. 27, p.1-26, January, 2011.

ROZENBERG, P. **Evaluation of Cesarean Rate: a necessary progress in modern obstetrics.** *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, Paris, FR, v. 33, p. 279-289, 2004.

SASS, N.; HWANG, S. M. **Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil.** *Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 133-137, 2009.

SAKAE, T. M.; FREITAS, P. F.; D'ORSI, E. **Factors associated with cesarean section rates in a university hospital.** *J. Public Health São Paulo*, v. 43, n. 3, p. 472-80, 2009.

SESHADRI, L.; MUKHERIEE, B. **A predictive model for cesarean section in low risk pregnancies.** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Baltimore, U.S., v. 89, p. 94-98, 2005.

SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE MINAS GERAIS. **Manual para concursos/TEGO.** 4. ed. Belo Horizonte: Guanabara Koogan, 2007. 974 p.(ISBN 978-85-277-1325-2).

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA.
Induction of labour at term. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, Toronto, Canadá, v. 23, n. 8, p. 717-728, 2001.

TESSER, C. D. et al. **Physicians and the excess of cesarean sections in Brazil.** *Health and Social Changes*, Florianópolis, v. 2, n.1, p. 04-12, 2011.

USTA, I. M. et al. **Placenta previa-accreta: risk factors and complications.** *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Saint Louis, Mo., U. S., v. 193, p. 1045-1049, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF); THE AVERTING MATERNAL DEATH AND DISABILITY PROGRAMME OF COLUMBIA UNIVERSITY (AMDD). **Monitoring emergency obstetric care: a handbook.** Geneva, Switzerland... 2009.(ISBN: 978-92-4-54773-4)

ZUGAIB, M. et al. **Zugaib Obstetrícia.** Barueri: Manole, 2008. 1228 p. (ISBN 978-85-204-2544-2).

**APÊNDICE A- Consentimento Pré-esclarecido enviado ao Departamento
de Ginecologia e Obstetrícia da UFU.**

Ao Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do HC-UFU

Venho por meio desta solicitar o consentimento do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Uberlândia para a realização do projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia/MG.

O projeto foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos) da própria instituição com análise final nº. 640/11 e protocolo registro CEP/UFU 159/11, em 07 de outubro de 2011.

Título: “Avaliação de uma intervenção na adequação da indicação de operações cesarianas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – MG”

Uberlândia, 08 de janeiro de 2012

Atenciosamente

Aluna: Gisele Vissoci Marquini
pesquisadora responsável

Gisele Vissoci Marquini
8/1/12
Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Dr. Miguel Hernandes Neto
Chefe do Departamento de Ginecologia
e Obstetrícia - Portaria R. n° 0241/01

**APÊNDICE B- Ficha de Coleta de Dados dos Prontuários de Pacientes
submetidas à Cesárea**

Paciente: PRT._____ Idade_____ Gestação _____ Para _____

Indicação suposta da cesárea:_____

Como foi justificada no prontuário:

] ELETIVA

] EMERGÊNCIA

O que seria correto pela literatura:

] ELETIVA

] EMERGÊNCIA

Justificativa correta:_____

Hora e dia da indicação:_____ Hora e dia da realização:_____ ΔT _____

Foi realizada laqueadura:] não] sim

Justificativa da laqueadura:

Cesáreas anteriores

Doença materna

Outras

Havia indicação da laqueadura pela literatura/protocolo?

] não sim – Qual? _____

Cesáreas anteriores

Doença materna (especificar) _____

Outras(especificar) _____

Consentimento prévio e comissão de laqueadura autorizada:

]sim]não

Necessidade do consentimento prévio da comissão:]sim]não

Classificação da cesárea:

Grupo 1: Cesárea coerente

Grupo 2: Cesárea não-coerente

Apgar de 5 min do RN: Peso RN:

Idade Gestacional: _____semanas____dias.

Complicações:]Não]Sim

Especificar:_____

APÊNDICE C- Reconhecimento

Esse estudo foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Uberlândia- MG, Brasil, como dissertação de mestrado da autora principal, sem nenhum tipo de apoio financeiro.

**ANEXO A- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Federal de Uberlândia**



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2121 - Bloco A – sala 224 - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38408-144 - FONE/FAX (34) 3239-4131

ANÁLISE FINAL Nº. 640/11 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
159/11

Projeto Pesquisa: “Avaliação de uma intervenção na adequação da indicação de operações cesarianas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia”.

Pesquisador Responsável: Gisele Vissoci

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Entrega de Relatório Parcial: **outubro de 2012**

Entrega de Relatório Final: **novembro de 2013**

SITUAÇÃO: PROTOCOLO APROVADO

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 07 de outubro de 2011.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

ANEXO B- Protocolo escolhido para a Intervenção

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

Cesariana - Indicações

*Federação Brasileira das Sociedades de
Ginecologia e Obstetrícia*

Elaboração Final: 14 de Agosto de 2002

Autoria: Martins-Costa SH, Hammes LS, Ramos JG, Arkader J, Corrêa MD, Camano L

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

Descrição do Método de Coleta das Evidências:

Revisão da literatura médica indexada pelo sistema *MEDLINE – National Library of Medicine – EUA, Sumsearch®, National Guidelines Clearinghouse e Cochrane Collaboration®* em busca da melhor evidência para cada item analisado.

Grau de Recomendação e Força de Evidência:

- A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C: Relatos ou séries de casos.
- D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Objetivos:

- Estimular a prática da medicina baseada em evidências;
- Analisar individualmente as indicações de cesariana com base nas evidências científicas da literatura;
- Promover uma diminuição das taxas de cesariana.

Procedimentos:

Indicação de cesariana frente a casos específicos como: gestante HIV+, gestação gemelar, fetos prematuros, fetos em apresentação pélvica e gestantes com cesarianas prévias.

Evolução e Desfecho:

- Diminuição da taxa de cesarianas desnecessárias em casos como: gestantes infectadas pelo HIV ou herpes, gestações gemelares, fetos prematuros e pacientes com cesarianas prévias.
- Adequação da cesariana para casos de fetos em apresentação pélvica.

INTRODUÇÃO

O índice de cesarianas apresentou um importante aumento nas últimas décadas no Brasil. Hoje, apresentamos um dos maiores índices de cesarianas de todo o mundo: cerca de 36% dos nascimentos são por via alta. Quando tomamos como referência hospitais particulares, estes índices são ainda maiores, chegando a 80% a 90%¹(C).

Cerca de 850.000 cesarianas desnecessárias são realizadas anualmente na América Latina²(B).

As pacientes submetidas à cesariana apresentam morbidade e mortalidade maior quando comparadas a pacientes que realizaram parto normal³(D)⁴(A).

A diminuição da morbi-mortalidade neonatal não tem sido associada ao aumento do número de cesarianas e, sim, ao avanço nos últimos anos da tecnologia dos cuidados obstétricos. A cesariana desnecessária acaba por colocar o feto em situação de risco⁵(D).

Uma das principais causas de morbi-mortalidade perinatal é a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido. Fetos com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados a fetos de 39 a 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem suporte ventilatório. Assim, o nascimento antes de 39 semanas deve ser realizado somente por fortes razões médicas⁶(A).

A cesariana é um procedimento cirúrgico e, como tal, apresenta seus riscos maternos e fetais. A decisão pelo nascimento via alta deve ser tomada em situações especiais, pelo médico, quando os riscos do procedimento sejam suplantados pelos benefícios.

CONDIÇÕES FETAIS E INDICAÇÃO DE CESARIANA

Apresentação pélvica

Há evidências que fetos em apresentação pélvica beneficiem-se da cesariana eletiva em vez de parto vaginal. Em um estudo randomizado de 2088 mulheres, a decisão da via alta mostrou

menor incidência de mortalidade perinatal e séria morbidade neonatal. Não houve diferença entre os grupos em relação à mortalidade materna e séria morbidade materna⁷(A).

Os mesmos grupos foram avaliados três meses após o nascimento, sendo que o grupo submetido ao parto vaginal apresentou maior queixa de incontinência urinária. Em relação à recuperação da gestação, vida sexual, cuidados com o recém-nascido, amamentação, dor, depressão e incontinência fecal, não houve diferença entre os grupos⁸(A).

Gestação gemelar

Na presença de gestação gemelar, monoamniótica ou diamniótica, com ambos os fetos em apresentação cefálica, há consenso de que o parto vaginal é seguro. Existem poucos trabalhos sobre o assunto, mas a maioria mostra-se favorável ao parto vaginal⁹(B).

Nos casos de gestação gemelar com o primeiro feto em apresentação cefálica e o segundo feto em apresentação pélvica ou situação transversa após a 35^a semana de gestação, o resultado neonatal do 2º gêmeo não é influenciado significativamente pela via de parto¹⁰(A). Neste caso, se não existir outra indicação para cesariana, recomenda-se o parto vaginal.

Nas gestações gemelares com ambos os fetos em apresentação pélvica ou o primeiro pélvico e o segundo cefálico, recomenda-se a realização de cesariana em vista de possível maior morbi-mortalidade fetal¹¹(D).

Nas gestações trigemelares também recomenda-se cesariana¹²(C).

Prematuridade ou baixo peso

Não há evidência epidemiológica que mostre melhor desfecho neonatal com a realização de cesariana na presença de fetos pequenos e/ou prematuros. Os estudos ainda apresentam maior morbidade materna nos casos submetidos à cesariana. O número de casos descritos na literatura em estudos randomizados é pequeno (122), necessitando maiores investigações¹³(A).

Sofrimento fetal agudo

Há consenso que na presença de sofrimento fetal agudo real, a indicação de cesariana é necessária. Recomenda-se a realização da cesariana no menor intervalo de tempo. A literatura tem demonstrado que um intervalo de 30 minutos parece ser adequado para a maioria dos casos¹⁴(D).

Macrossomia

A indicação de cesariana em fetos acima de 4.500g, principalmente em primíparas, diminui morbidade fetal e materna¹⁵(C).

Fetos abaixo deste peso, em pacientes não-diabéticas, podem ser submetidos ao trabalho de parto com baixo risco de complicações fetais e maternas¹⁶(B) ¹⁷(A).

Situação transversa

Fetos em situação transversa persistente a termo, em ocasiões em que não há domínio da técnica de versão externa, devem ser submetidos à cesariana fora do trabalho de parto. Altos índices de morbidade fetal são evidenciados quando a gestação de um feto transverso evolui ao trabalho de parto¹⁸(C).

Placenta prévia

Indica-se cesariana em gestações com placenta prévia oclusiva. Gestações com placenta marginal podem ser submetidas ao trabalho de parto desde que com monitorização adequada¹¹(D).

Vinte e sete porcento das pacientes com diagnóstico de placenta prévia com 32 a 35 semanas não mais apresentarão placenta prévia no termo. No grupo restante, recomenda-se cesariana antes do trabalho de parto¹⁹(B).

Descolamento prematuro de placenta com feto vivo

A morbi-mortalidade fetal está intimamente associada com o intervalo entre o diagnóstico e o nascimento do feto. Assim, recomenda-se a realização de cesariana na maioria dos casos, com exceção daqueles em que a via baixa é mais rápida²⁰(B).

Procidência de cordão

Na maioria das vezes a cesariana urgente é obrigatória²¹(C).

Em alguns casos, em que a apresentação é baixa, o colo uterino está completamente dilatado e é possível o nascimento imediato, a via vaginal pode ser escolhida¹¹(D).

Malformações congênitas

Fetos com meningomielocele, hidrocefalia e concomitante macrocrania, defeitos de parede anterior com figado extra-corpóreo, teratomas sacrococcígenos, hidropsia ou trombocitopenia aloimune, beneficiam-se do nascimento por

cesariana. Fetos com hidrocefalia sem macrocrania, defeitos de parede anterior sem exteriorização hepática ou displasias ósseas, parecem não se beneficiar de cesariana.

Em vários casos, a decisão por cesariana é influenciada pela necessidade de planejamento do horário e local de nascimento para dispor-se de uma equipe de cirurgia pediátrica para pronto atendimento do feto²²(D).

CONDIÇÕES MATERNAS E INDICAÇÃO DE CESARIANA

Herpes genital ativo

Quando a lesão herpética decorrer de primoinfecção, o risco de transmissão fetal por parto normal é de 30% a 50%. Quando a lesão for ocasionada por infecção recorrente, o risco cai drasticamente para 3%²³(C).

Apesar de não haver estudos randomizados, fetos de pacientes que apresentem no momento do parto lesão de herpes ativa (seja primoinfecção ou recorrente) beneficiam-se da realização de cesariana²⁴(D).

Infecção pelo HIV

Sabe-se que a transmissão vertical do HIV está intimamente relacionada com a carga viral materna. Pacientes com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou indetectável, possuem chance de 0% a 5% de transmitir a infecção para o feto. Assim, recomenda-se atingir a menor carga viral possível durante a gestação^{25,26}(A).

Vários estudos têm demonstrado também o benefício da cesariana eletiva (fora do trabalho de parto e com membranas íntegras) em

prevenir a transmissão vertical do HIV. Segundo uma meta-análise que envolveu 15 estudos prospectivos, incluindo 8.533 gestações HIV+, a interrupção por cesariana eletiva reduz em 50% a taxa de transmissão do vírus²⁷(A). A tabela abaixo demonstra as taxas de transmissão perinatal do HIV entre mulheres que receberam terapia anti-retroviral e/ou cesariana eletiva:

É importante lembrar que o status sorológico determinado pelo nível de CD4 está associado à incidência de complicações pós-cesariana. Entretanto, as pacientes HIV+, independente da contagem de CD4 ou de outros fatores de risco, possuem morbidade maior quando submetidas à cesariana, seja de emergência ou eletiva, quando comparadas ao parto vaginal.

	Terapia anti-retroviral no pré-natal, trabalho de parto e para o recém-nascido	Sem terapia anti-retroviral em momento algum
Cesariana eletiva fora do trabalho de parto e com membranas íntegras	2%	10,4%
Parto vaginal	7,3%	19%

O mesmo estudo sugere que o benefício da via alta possa ser extendido para as pacientes em que ocorre a ruptura de membranas próxima à realização da cesariana.

Apesar do benefício comprovado da cesariana, todos os trabalhos possuem uma grande limitação que é não incluir a carga viral materna. Até o momento não existe estudo adequado que inclua carga viral e cesariana como variáveis preditoras de transmissão. Entretanto, há suposições que pacientes com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml não teriam vantagem na realização da cesariana.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que pacientes com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou indetectável possam ser submetidas ao parto vaginal. Situações em que a carga viral está acima deste valor ou não pode ser avaliada, devem ser manejadas com cesariana eletiva²⁸(D).

As complicações mais freqüentes são: febre, infecção do trato urinário, endometrite e hematoma²⁹(B).

Cesarianas prévias

As pacientes que possuem uma cesariana prévia, quando submetidas ao trabalho de parto, apresentam risco cerca de duas vezes maior de ruptura uterina quando comparadas a pacientes que são submetidas à cesariana eletiva (3,92:1000 versus 1,61:1000). Morte fetal, morte neonatal e Apgar menor que sete no 5º minuto também foram mais freqüentes no grupo submetido ao trabalho de parto³⁰(A).

Entretanto, a realização de cesariana repetida, está associada a maior morbidade materna, necessidade de transfusão e histerectomia puerperal. Além disso, as taxas de ruptura uterina apresentadas no

grupo submetido ao parto vaginal são baixas. Assim, a decisão por parto normal em uma paciente com cesariana prévia pode ser adequada, desde que ocorra acompanhamento intensivo do trabalho de parto, sendo a paciente informada dos riscos³⁰(A).

Pacientes com cesariana seguida por parto vaginal apresentam menor risco de ruptura uterina (1/5 do risco) quando comparadas àquelas que nunca experimentaram parto vaginal após a cesariana. Assim, a realização de parto vaginal nestas pacientes é mais seguro³¹(B).

Pacientes com mais de uma cesariana prévia possuem um risco cinco vezes maior de ruptura uterina quando comparadas a pacientes com

apenas uma cesariana prévia. Sendo assim, recomenda-se a realização de cesariana eletiva³²(B).

Pacientes com ruptura uterina prévia devem ser sempre submetidas à cesariana³³(C).

Outras condições maternas

Existem condições maternas relativas para a realização de cesariana como psicopatia, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, colestase gestacional, púrpura trombocitopênica idiopática e presença de cistos/tumores anexiais. A literatura é escassa para estas situações, sendo necessário o criterioso julgamento de cada caso individualmente¹¹(D).

Projeto Diretrizes

Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina

REFERÊNCIAS

1. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med* 2000; 51:725-40.
2. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319:1397-400.
3. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354:776.
4. Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ, Bingham P. The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97:883-92.
5. Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet* 2000; 356:1677-80.
6. Madar J, Richmond S, Hey E. Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at 'term'. *Acta Paediatr* 1999; 88:1244-8.
7. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group*. *Lancet* 2000; 356:1375-83.
8. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287:1822-31.
9. Grisaru D, Fuchs S, Kupferminc MJ, Har-Toov J, Niv J, Lessing JB. Outcome of 306 twin deliveries according to first twin presentation and method of delivery. *Am J Perinatol* 2000; 17:303-7.
10. Rabinovici J, Barkai G, Reichman B, Serr DM, Mashiach S. Randomized management of the second nonvertex twin: vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156:52-6.
11. Penn Z, Ghaem-Maghami S. Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15:1-15.
12. Crowther CA, Hamilton RA. Triplet pregnancy: a 10-year review of 105 cases at Harare Maternity Hospital, Zimbabwe. *Acta Genet Med Gemellol (Roma)* 1989; 38:271-8.
13. Grant A, Glazener CM. Elective caesarean section versus expectant management for delivery of the small baby. *Cochrane Database Syst Rev*; 2001; 2:CD000078.
14. James D. Caesarean section for fetal distress. *BMJ* 2001; 322:1316-7.
15. Berard J, Dufour P, Vinatier D, Subtil D, Vanderstichele S, Monnier JC, et al. Fetal

- macrosomia: risk factors and outcome. A study of the outcome concerning 100 cases >4500 g. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 77:51-9.
16. Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *JAMA* 1996; 276:1480-6.
17. Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database Syst Rev*; 2000; 2:CD000938.
18. Phelan JP, Boucher M, Mueller E, McCart D, Horenstein J, Clark SL. The nonlaboring transverse lie. A management dilemma. *J Reprod Med* 1986; 31:184-6.
19. Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. Persistence of placenta previa according to gestational age at ultrasound detection. *Obstet Gynecol* 2002; 99:692-7
20. Okonofua FE, Olatunbosun OA. Cesarean versus vaginal delivery in abruptio placentae associated with live fetuses. *Int J Gynaecol Obstet* 1985; 23:471-4.
21. Katz Z, Shoham Z, Lancet M, Blickstein I, Mogilner BM, Zalel Y. Management of labor with umbilical cord prolapse: a 5-year study. *Obstet Gynecol* 1988; 72:278-81.
22. Kuller JA, Katz VL, Wells SR, Wright LN, McMahon MJ. Cesarean delivery for fetal malformations. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 51:371-5.
23. Prober CG, Sullender WM, Yasukawa LL, Au DS, Yeager AS, Arvin AM. Low risk of herpes simplex virus infections in neonates exposed to the virus at the time of vaginal delivery to mothers with recurrent genital herpes simplex virus infections. *N Engl J Med* 1987; 316:240-4.
24. National guideline for the management of genital herpes. Clinical Effectiveness Group. (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). *Sex Transm Infect* 1999; 75:S24-8.
25. Contopoulos-Ioannidis DG, Ioannidis JP. Maternal cell-free viremia in the natural history of perinatal HIV-1 transmission: A meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 18:126-35.
26. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H, Quinn TC, Burchett SK, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med* 1999; 341:394-402.
27. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1-a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. *N Engl J Med* 1999; 340:977-87.
28. Brasil. Ministério da Saúde – CN-DST/AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão materno infantil do HIV e terapia Anti-retroviral em Gestantes. 2001.

29. Marcollet A, Goffinet F, Firtion G, Pannier E, Le Bret T, Brival ML, et al. Differences in postpartum morbidity in women who are infected with the human immunodeficiency virus after elective cesarean delivery, emergency cesarean delivery, or vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:784-9.
30. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1187-97.
31. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1184-6.
32. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:872-6.
33. Ritchie EH. Pregnancy after rupture of the pregnant uterus. A report of 36 pregnancies and a study of cases reported since 1932. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1971; 78:642-8.