

Análise da taxa de cesarianas e das suas indicações utilizando a classificação em dez grupos

Daniela Almeida¹; Ana Sofia Cardoso¹; Rosa Maria Rodrigues¹; Ana Cunha¹

ANALYSIS OF CESAREAN SECTION RATES AND INDICATIONS USING TEN GROUP CLASSIFICATION

ABSTRACT

Introduction and aim: We performed a retrospective observational study to identify the obstetric parameters of all women submitted to cesarean section in January/February and June/July of 2011 in our institution and the indications to perform it.

Material and Methods: We reviewed the clinical records of these women and categorized them in ten obstetric groups (Robson's classification) based on the following parameters: single/multiple pregnancy, nulliparity/multiparity/multiparity with a previous cesarean section, cephalic/non-cephalic presentation, spontaneous/induced labour/cesarean section without labour and preterm/term delivery. In each group we analyzed the reason(s) why the cesarean section was performed except for multiple gestations.

Results: There were 1167 single deliveries, 391 by cesarean section and a cesarean section rate of 33,5% (36% elective). Cesarean section was more common in term nulíparas with induced labor and in women with a previous cesarean section. During labor, the most common reasons named by the physician were labor arrest, suspected cephalopelvic disproportion and nonreassuring fetal status. Fetal mal presentation represents 4,4% of cesarean section rate. This contribution is superior to the one of the preterm group (3%). Among term multiparas without a previous scar there were less cesarean sections.

Conclusions: The analysis of these results suggests that avoiding a first elective cesarean section and allowing a spontaneous labor onset are essential for long term decrease in cesarean section rates. Efforts should be made to convert subjective indications into objective ones, through well defined evidence-based guidelines regarding intrapartum fetal monitoring and labor arrest.

Key-words: Cesarean section indications, cesarean section rates, classification system, labor, ten groups.

RESUMO

Introdução e objetivo: Foi efetuado um estudo observacional retrospectivo para analisar os motivos de cesariana e identificar os parâmetros obstétricos das mulheres a ela submetidas na nossa instituição em janeiro/fevereiro e junho/julho de 2011.

Material e Métodos: Foram revistos os processos clínicos destas mulheres, categorizadas nos dez grupos obstétricos propostos por Robson, baseados nos seguintes parâmetros: gestação simples/múltipla; nuliparidade/multiparidade/multiparidade com cesariana anterior, cefálico/não-cefálico; parto espontâneo/induzido/cesariana eletiva; parto de termo/pré-termo. Em cada grupo foram analisados os motivos de cesariana excepto os das gestações múltiplas.

Resultados: Ocorreram 1167 partos simples, 391 por cesariana, sendo a taxa de cesarianas 33,5% (36% eletivas). A cesariana foi mais frequente em nulíparas de termo com parto induzido e em mulheres com cesariana prévia. Durante o trabalho de parto o motivo mais comum nomeado pelo clínico foi o trabalho de parto estacionário, a incompatibilidade feto-pélvica e o estado fetal não tranquilizador. A apresentação fetal anómala motivou 4,4% da taxa de cesarianas, contributo superior ao da prematuridade (3%). Entre as multiparas de termo sem cicatriz uterina houve menor número de cesarianas.

Conclusões: A análise dos resultados obtidos sugere que evitar uma primeira cesariana e permitir o início espontâneo do trabalho de parto pode contribuir para o decréscimo a longo prazo da taxa de cesarianas. É fundamental um esforço coletivo para objetivar as suas indicações e que estas reflitam as orientações mais atualizadas relativas ao estado fetal não tranquilizador e ao trabalho de parto estacionário.

Palavras-chave: Dez grupos, indicação de cesariana, parto, sistema de classificação, taxa de cesariana.

Nascer e Crescer 2014; 23(3): 134-139

¹ S. Obstetrícia, CH Porto. 4099-001 Porto, Portugal.

INTRODUÇÃO

A cesariana foi um procedimento raro na primeira metade do século XX e na década de 70 apenas 3 a 6% dos nascimentos se davam por esta via, na maioria dos países desenvolvidos⁽¹⁾. Atualmente, é o procedimento cirúrgico *major* mais comum e a sua incidência está a tomar proporções epidémicas.⁽²⁾ Têm sido apontados vários motivos para tal, nomeadamente, o número crescente de gravidezes de alto risco e a diminuição do parto vaginal após cesariana, a obesidade, o aumento da idade materna, as preocupações médico-legais e a cesariana a pedido da mulher.^(2,3)

A taxa de cesarianas não deve ser perspectivada como sendo “muito alta” ou “muito baixa”, sendo necessário perceber se é adequada a uma dada população obstétrica.⁽⁴⁾ Apesar disso, no *Healthy people 2020* é proposta a redução da taxa de cesarianas em mulheres nulíparas sem risco obstétrico para 23,9%.⁽⁵⁾

Este assunto tem sido motivo de preocupação a nível nacional, uma vez que a cesariana envolve riscos adicionais de morbilidade e de mortalidade maternas (complicações trombo-embólicas, hemorrágicas, infecciosas e placentação anormal em gestações subsequentes) face ao parto vaginal. Por outro lado, apesar dos métodos para estimar os custos das diferentes formas de nascimento serem muito divergentes, a maioria dos estudos mostram um custo significativamente superior da cesariana.⁽⁶⁾

Portugal, e em particular a região Norte, tem das mais elevadas taxas de cesarianas da Europa, aproximando-se, em 2009, dos 36%. Na nossa instituição, esta situou-se acima dos 40%, nesse ano.⁽⁶⁾ Tornou-se imperioso conhecer os parâmetros obstétricos das mulheres submetidas a cesariana bem como identificar e sistematizar os motivos pelos quais foram efetuadas quer de forma programada quer em trabalho de parto.

MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se à revisão individual dos processos clínicos de todas as grávidas submetidas a cesariana em dois períodos de 2011, janeiro/fevereiro e junho/julho, escolhidos de forma a representar a população atendida na instituição. Foi elaborado um formulário de colheita de dados preenchido com a informação considerada relevante (idade gestacional no parto, paridade, número de cesarianas prévias, data da última cesariana, início do trabalho de parto espontâneo/induzido ou cesariana eletiva) e com uma sistematização dos motivos das cesarianas.

Para se perceberem os parâmetros obstétricos das mulheres submetidas a cesariana optou-se por organizá-las em 10 grupos (Quadro I), adotando a classificação proposta por Robson em 2001. Esta tem como objetivo identificar grupos de grávidas clinicamente relevantes, respondendo a 5 questões obstétricas básicas: idade gestacional, gravidez simples/múltipla; nuliparidade/multiparidade/multiparidade com cesariana prévia; apresentação cefálica/não cefálica; início do trabalho de parto espontâneo/induzido ou ausência de trabalho de parto, de forma que cada mulher só pode ser incluída num dos grupos.⁽⁷⁾ Posteriormente analisou-se, em cada um desses grupos, os motivos para o procedimento.

Os motivos considerados foram os seguintes 1) trabalho de parto estacionário (TPE) subdividido em fase latente prolongada, paragem secundária da dilatação, paragem da descida da apresentação ou após instrumentação; 2) suspeita de incompatibilidade feto-pélvica (IFP), subdividida em suspeita de IFP de causa não especificada, bacia incompatível e suspeita de macrosomia; 3) situação ou apresentação fetal anómala (transversa, pelve, face); 4) estado fetal não tranquilizador (EFNT), subdividido em alteração da cardiocotografia (CTG) ou electrocardiografia (STAN) e restrição do crescimento intra-uterino (RCIU) com alterações fluxométricas; 5) cesariana anterior subdividida em pelo menos 2 cesarianas anteriores, cesariana há menos de 2 anos ou cesariana anterior sem condições de indução; 6) falha de indução; 7) gravidez múltipla com 1º feto em apresentação pélvica, de mais de 2 fetos ou monoamniótica; 8) condição fetal que contra-indica parto vaginal; 9) patologia associada à gravidez; 10) condição materna que contra-indica o parto vaginal.

Quadro I – Classificação de Robson. Adapt de ref. 7

Classificação em 10 grupos	
1	Mulheres nulíparas com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.
2	Mulheres nulíparas com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou cesariana antes do início de trabalho de parto.
3	Mulheres múltiparas, sem cicatriz uterina prévia, com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, com trabalho de parto espontâneo.
4	Mulheres múltiparas, sem cicatriz uterina prévia com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou cesariana antes do início de trabalho de parto.
5	Mulheres múltiparas com pelo menos uma cicatriz uterina prévia, com gestação simples, em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas.
6	Mulheres nulíparas com gestação simples e feto em apresentação pélvica.
7	Mulheres múltiparas com gestação simples e feto em apresentação pélvica incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia.
8	Mulheres com gestações múltiplas, incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia.
9	Mulheres com gestação simples e feto em situação/apresentação anómala, incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia.
10	Mulheres com gestação simples ≤ 36 semanas, incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia.

Optou-se por excluir do âmbito deste trabalho as gestações gemelares (grupo 8), por estar pouco representado e pela controvérsia que suscita a via de parto neste contexto.

RESULTADOS

Em 2011 foram efetuadas 1180 cesarianas na nossa instituição, sendo a taxa de cesarianas nesse ano 34,5%. Nos períodos analisados houve um total de 1167 partos simples, 391 por cesariana, sendo a taxa de cesarianas 33,5% (36% eletivas). Em 58% dos casos a cesariana foi efetuada em mulheres sem partos prévios e em 48% das nulíparas de termo submetidas a cesariana o trabalho de parto foi induzido.

Constatou-se que a cesariana foi mais frequente, por ordem decrescente, no grupo 2 (n= 111), 5 (n=109), 1 (n=62) e 10 (n=36) - Gráfico 1. Procedeu-se à análise dos motivos de cesariana destas mulheres (n=318) verificando-se a existência de mais do que um motivo em 25 (20 das quais em trabalho de parto).

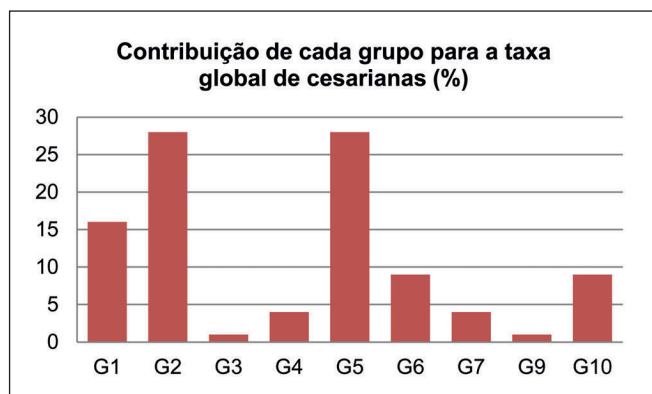


Gráfico 1 – Grupos da classificação de Robson.

No grupo 2 (nulíparas com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, com parto induzido ou cesariana antes do início do trabalho de parto - TP) estão incluídas 111 mulheres, analisadas em dois subgrupos (Quadro II): 99 (89%) grávidas submetidas a cesariana após trabalho de parto induzido e 12 (11%) grávidas submetidas a cesariana eletiva. Nas grávidas em que o trabalho de parto foi induzido os motivos de cesariana foram, por ordem decrescente: o trabalho de parto estacionário, o estado fetal não tranquilizador, a incompatibilidade feto-pélvica, a falha de indução e a patologia da gravidez. Naquelas em que o procedimento foi eletivo os motivos mais frequentes foram a patologia materna e a patologia da gravidez no seu conjunto, seguindo-se a incompatibilidade feto-pélvica.

Ao grupo 5 (múltiplas com pelo menos uma cicatriz uterina prévia, com gestação simples, em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas), pertencem 109 mulheres, também analisadas em subgrupos (Quadro III): grávidas submetidas a cesariana após trabalho de parto espontâneo, após trabalho de parto induzido e em ausência de trabalho de parto. Vinte e três (21%) mulheres entra-

ram espontaneamente em trabalho de parto, sendo submetidas a cesariana por suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, trabalho de parto estacionário, estado fetal não tranquilizador, cesariana anterior e patologia da gravidez. Em 33 mulheres (30%) deste grupo o trabalho de parto foi induzido, procedendo-se a cesariana principalmente por falha de indução, por suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, estado fetal não tranquilizador, trabalho de parto estacionário e patologia da gravidez. Em 53 grávidas (49%) a cesariana foi eletiva principalmente pela existência de pelo menos duas cesarianas prévias, seguindo-se a patologia materna, a incompatibilidade feto-pélvica e o estado fetal não tranquilizador.

No grupo 1 (nulíparas com gestação simples, feto em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, em TP espontâneo), ao qual pertencem 62 mulheres, o motivo mais frequente de cesariana foi o trabalho de parto estacionário, sucedendo-lhe o estado fetal não tranquilizador, a incompatibilidade feto-pélvica e a patologia materna (Quadro IV).

Quadro II – Motivos de cesariana do grupo 2

Motivos de cesariana do grupo 2	B – Trabalho de parto (TP) induzido	C - Ausência de TP
Trabalho de parto estacionário (TPE)	35	
Fase latente	3	
Paragem secundária da dilatação	27	
Paragem de descida da apresentação	4	
Após instrumentação	1	
Estado fetal não tranquilizador (EFNT)	30	0
Alteração da cardiocotografia (CTG)	25	0
Eventos STAN	5	0
Incompatibilidade feto-pélvica (IFP)	25	4
Não especificada	21	1
Bacia incompatível	2	1
Suspeita de macrossomia	2	2
Falha de indução (FI)	14	0
Patologia da gravidez (PG)	1	3
Pré-eclâmpsia	1	0
Pré-eclâmpsia, sem condições de indução	0	1
Placenta prévia	0	2
Patologia materna (PM)	0	5
Cirurgia prévia a quisto da aracnóide	0	1
Cirurgia prévia a angioma cavernoso hemorrágico	0	1
Malformação vascular cerebral	0	1
Miopia grave	0	1
Miomectomia prévia	0	1

No grupo 10 (*gestação simples, ≤ 36 semanas, incluindo aquelas com cicatriz uterina prévia*) estão incluídas 36 mulheres (Quadro V). A média e o seu desvio-padrão e a moda das idades gestacionais, foram respectivamente: 32,3 semanas ± 3,3 e 36 semanas, sendo a idade gestacional mínima as 25 semanas. Em 25 (69%) casos a cesariana foi eletiva, principalmente por estado fetal não tranquilizador, patologia da gravidez, condição fetal, cesariana prévia e patologia materna. Nas grávidas com 36 semanas de gestação (n=5) procedeu-se a indução do trabalho de parto no contexto de pré-eclampsia, diabetes descompensada e elevação das transaminases hepáticas. Os principais motivos de cesariana foram a falha de indução (n=3), o trabalho

Quadro III – Motivos de cesariana do grupo 5

Motivos de cesariana do grupo 5	A - TP espontâneo	B - TP induzido	C - ausência de TP
Incompatibilidade feto-pélvica (IFP)	12	8	9
Não especificada	9	4	6
Bacia incompatível	2	2	1
Suspeita de macrossomia	1	2	2
Trabalho de parto estacionário (TPE)	7	3	0
Paragem secundária da dilatação	6	3	
Após instrumentação	1	0	
Estado fetal não tranquilizador (EFNT)	4	5	3
Alteração da cardiocotografia (CTG)	4	5	2
Eventos STAN	0		1
Cesariana anterior (CA)	2	0	31
≥2 cesarianas anteriores	2	0	18
< 2 anos	0	0	7
Sem condições de indução	0	0	6
Patologia da gravidez (PG)	1	2	0
Suspeita de DPPNI	1	1	0
Suspeita de rotura uterina	0	1	0
Falha de indução (FI)	0	17	0
Patologia materna (PM)	0	0	11
Antecedentes de miomectomia	0	0	1
Mioma prévio à apresentação fetal	0	0	1
Miopia grave	0	0	1
Descolamento da retina	0	0	1
Acromegalia	0	0	1
Dissectomia lombar	0	0	1
Esclerose múltipla	0	0	1
Hipertrofia ventricular esquerda	0	0	1
Cardiomiopatia	0	0	1
VIH com carga vírica positiva	0	0	1
Conização	0	0	1

Quadro IV – Motivo de cesariana no Grupo 1

Motivos de cesariana no grupo 1 - início espontâneo de TP	
Trabalho de parto estacionário (TPE)	29
Fase latente	2
Paragem secundária da dilatação	14
Paragem da descida da apresentação	8
Após instrumentação	5
Estado fetal não tranquilizador (EFNT)	24
Alterações da cardiocotografia (CTG)	22
Eventos STAN	2
Incompatibilidade feto-pélvica (IFP)	17
Não especificada	13
Bacia incompatível	3
Suspeita de macrossomia	1
Patologia materna	1
Antecedentes de miomectomia	1

Quadro V – Motivo de cesariana no grupo 10

Motivos de cesariana no grupo 10	
Estado fetal não tranquilizador (EFNT)	14
RCIU e fluxo diastólico nulo ou invertido da artéria umbilical	10
Alterações da cardiocotografia (CTG)	4
Patologia da gravidez (PG)	11
Isoimunização	1
Esteatose aguda da gravidez	1
Prolapso do cordão	1
Placenta prévia	2
DPPNI	2
Pré-eclâmpsia	4
Patologia fetal (PF)	4
Prematuridade extrema	3
Restrição de crescimento intra-uterino (RCIU)	1
Cesariana anterior (CA)	4
≥ 2 cesarianas anteriores	2
< 2 anos	1
Sem condições de indução	1
Falha de indução (FI)	3
Trabalho de parto estacionário (TPE)	2
Paragem secundária da dilatação	1
Paragem de descida da apresentação	1
Patologia materna (PM)	2
Doença bipolar	1
Displasia da anca	1

de parto estacionário ($n=1$; paragem secundária da dilatação) e a patologia da gravidez ($n=1$ – pré eclâmpsia). Em cinco casos foi efetuada cesariana de emergência, por prolapso do cordão ($n=1$), por metrorragia abundante (dois casos de placenta prévia) e por suspeita de descolamento de placenta normalmente inserida ($n=2$). Apenas num caso a cesariana foi devida a paragem da descida da apresentação em gestação próxima do termo em que a grávida entrou espontaneamente em trabalho de parto.

Os grupos 6, 7 e 9 incluem 52 grávidas com feto em apresentação ou situação fetal anómala. No seu conjunto o contributo para a taxa global de cesarianas foi superior àquele do grupo 10 (4,4% e 3%, respectivamente). Efetivamente, a apresentação fetal não cefálica motivou quase 30% das cesarianas eletivas.

Os grupos 3 (*multíparas sem cicatriz uterina prévia, com gestação simples, em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, com TP espontâneo*) e 4 (*multíparas sem cicatriz uterina prévia, com gestação simples, em apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, com TP induzido ou antes do início do TP*), que incluem 21 grávidas, são dos grupos menos representados e os motivos para cesariana foram o trabalho de parto estacionário, o estado fetal não tranquilizador e a incompatibilidade feto-pélvica em cerca de 70% dos casos e nos restantes a patologia materna e da gravidez.

DISCUSSÃO

Nas últimas duas décadas houve um interesse crescente pela cesariana, quer por parte dos médicos quer por parte das mulheres. Muitos estudos têm-se debruçado na comparação de taxas de cesarianas globais. Contudo, não faz sentido discutir-se isoladamente a taxa de cesarianas de uma dada instituição sem se procurar saber qual o tipo de população obstétrica que dela faz parte.⁽⁴⁾ Neste trabalho analisaram-se individualmente cerca de um terço dos processos das mulheres submetidas a cesariana durante um ano, estando a maioria dos dados colhidos registados em papel. Não se analisaram os processos relativos aos partos vaginais no período escolhido, pelo que não se pode conhecer a totalidade da nossa população obstétrica. Tal implica que não é possível determinar taxas de cesariana por grupos, mas apenas referir o peso de cada grupo no total das cesarianas realizadas.

Tem-se assistido ao incremento da taxa de cesarianas na primeira gravidez e em gestações subsequentes de mulheres com cesariana prévia⁽⁵⁾, o que está de acordo com os nossos resultados. Uma elevada percentagem de cesarianas iterativas é explicada não só pelo aumento do número de primeiras cesarianas como pela diminuição das provas de trabalho de parto em mulheres com cesariana prévia.^(3,8) Existe uma grande preocupação com o risco de rotura uterina num parto vaginal após cesariana, contudo considera-se que este risco é baixo, sendo recomendado que à maioria das mulheres com uma cesariana segmentar transversal anterior seja oferecida uma prova de trabalho de parto⁽⁹⁾. Alguns autores defendem ainda que a cesariana precedida de trabalho de parto pode favorecer o sucesso de uma prova de trabalho de parto em gestações subsequentes. O risco de rotura uterina nesta situação reduz-se para metade já

que a incisão cirúrgica teve lugar num segmento uterino formado, envolvendo menos músculo contrátil.⁽⁹⁾

A sistematização dos motivos de cesariana é um enorme desafio. Em trabalho de parto vários fatores pesam na decisão da cesariana, sendo frequentemente nomeados mais do que um motivo. A classificação *International Classification of Diseases-9* (ICD-9), obrigando à introdução de um único código para o diagnóstico, implica a sua hierarquização. Apesar dos grandes estudos populacionais basearem a colheita de dados neste sistema de codificação é importante averiguar as indicações específicas documentadas pelo clínico, o que oferece uma perspetiva mais fiel da realidade. Carece este tipo de estudo³ e neste trabalho foram analisadas as indicações para cesariana registadas no processo clínico. Existiu uma grande dificuldade na colheita e na organização da informação principalmente pela ausência de uma informatização estandardizada dos dados obstétricos. É necessário um esforço coletivo de registo da informação em espaço próprio, de acesso fácil e rápido que permita a disponibilidade imediata e contínua pelo menos dos cinco parâmetros em que se baseia a classificação de Robson. Esta informação permitiria comparar ao longo do tempo a taxa de cesarianas numa instituição ou mesmo a nível nacional, sabendo justificar as variações da mesma.

Os principais motivos para cesariana no decurso do trabalho de parto foram o trabalho de parto estacionário, o estado fetal não tranquilizador e a suspeita de IFP. Estes diagnósticos coexistem nalguns casos, sendo frequente que a incompatibilidade feto-pélvica conduza ao trabalho de parto estacionário e que perante um estado fetal não tranquilizador antes do período expulsivo, se opte por uma cesariana. É primordial a formação contínua no que diz respeito às definições de trabalho de parto estacionário e de análise e decisão clínica com base na cardiocografia.

Na nossa instituição, cerca de metade das nulíparas de termo submetidas a cesariana tiveram um trabalho de parto induzido. Sendo a probabilidade de um parto vaginal menor após indução, particularmente em nulíparas com colo desfavorável, tornou-se prioritário protocolar as indicações e métodos de indução.

Não se pode deixar de mencionar o impacto de vários estudos na conduta obstétrica da última década. Em 2000, *Hannah et al* concluíram, num estudo multicêntrico *Term Breech Trial Collaborative Group* (TBT), que a cesariana eletiva é preferível ao parto vaginal para o feto de termo em apresentação pélvica.⁽¹⁰⁾ As conclusões deste estudo foram quase imediatamente aceites pela comunidade médica e de uma forma sem precedentes: uma investigação levada a efeito 3 anos após a sua publicação mostrou que 92,5% dos cerca de 80 centros em 23 países abandonaram o parto vaginal na apresentação pélvica. Apesar disso, várias críticas surgiram aos resultados obtidos no TBT. Uma análise cuidada do mesmo levantou sérias questões relativas ao cumprimento dos critérios de inclusão estabelecidos, ao nível de prestação de cuidados muito discrepante das instituições incluídas e em muitos casos os partos vaginais não foram assistidos pelo obstetra mais experiente.⁽¹¹⁾ De facto,

a via de parto mais apropriada na apresentação pélvica é um assunto controverso e a atitude varia significativamente, quer a nível individual quer entre instituições.⁽¹²⁾ Perante a aceitação generalizada do TBT, parece ter-se atingido uma situação sem retorno em que a experiência na assistência ao parto pélvico escasseia cada vez mais. Está demonstrado que a versão cefálica por manobras externas, entre as 36 e as 37 semanas, é um procedimento seguro que reduz a prevalência de apresentações não cefálicas e por conseguinte diminui a taxa de cesarianas por este motivo.⁽¹³⁾

A nossa instituição é um hospital de apoio perinatal diferenciado e a prematuridade (grupo 10) contribui de forma considerável para a taxa de cesarianas. Neste contexto, as condições de indução são habitualmente pouco favoráveis e a patologia materna, fetal ou associada à gravidez favorecem habitualmente a cesariana como via de parto preferencial.

Cada vez mais se sugere maior autonomia da grávida no que diz respeito à escolha da via de parto. A cesariana a pedido, apesar de não ser considerada na maioria das instituições, parece ser um motivo que tem sido invocado com maior frequência.⁽³⁾ O papel do médico é decisivo para informar adequadamente a grávida dos riscos da cesariana uma vez que se enraizou a ideia de ser esta a via de parto mais segura e praticamente destituída de complicações.

CONCLUSÕES

A nossa instituição tem uma elevada taxa de cesarianas, a maior parte das quais efetuadas em nulíparas, após trabalho de parto induzido ou em ausência de trabalho de parto, e em múltiparas com cicatriz uterina. Evitar uma primeira cesariana e permitir o início espontâneo do trabalho de parto é fundamental para o decréscimo a longo prazo da taxa de cesarianas. Os motivos mais frequentemente enunciados foram o trabalho de parto estacionário, o estado fetal não tranquilizador e a suspeita de IFP. Devem ser desenvolvidos esforços para criar documentos devidamente fundamentados que atualizem e uniformizem a prática obstétrica que aliados à educação da população podem ter efeito significativo e duradouro na “epidemia” do parto por cesariana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Graça LM. Cesariana. In: Graça LM (ed). Medicina Materno-Fetal. 4ª ed. Lisboa: Lidel; 2010. p. 689-95.
2. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O’Herlihy. Comparative analysis of international cesarian delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201:308.e1-8.
3. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker C, Funai E, Illuzzi J. Indications contributing to the increasing caesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2011; 118: 29-38.
4. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15:179-94.
5. Maternal, Infant, and Child Health – Objectives. Disponível em: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicId=26> (acedido em: 13 de dezembro de 2012).
6. Relatório da Comissão para a Redução da Taxa de Cesarianas da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. Disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conteúdos/GRP/Cesarianas> (acedido em: 21 de outubro de 2013).
7. Robson MS. Classification of cesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review* 2001; 12:23-39.
8. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Brian M, Saade GR. Preventing the first caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2012; 120:1181-93.
9. Algert CS, Morris J, Simpson J, Ford J, Roberts C. Labor before a primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 112:1061-6.
10. 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. *The Lancet* 2000; 356:1375-83.
11. Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:20-5.
12. Hehir MP, O’Connor HD, Kent EM, Fitzpatrick C, Boylan PC, Coulter-Smith S, et al. Changes in vaginal breech delivery rates in a single large metropolitan area. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:498.e1-4.
13. Grootsholten K, Kok M, Oei SG, Mol B, van der Post J. External Cephalic Version-related risks. *Obstet Gynecol* 2008; 112:1143-51.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Daniela Almeida
Rua da Arroiteia, nº 324, A.3.1.
4425-622 Maia, Portugal
E-mail: daniela.almeida.med@gmail.com

Recebido a 31.10.2013 | Aceite a 26.02.2014