



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA



KARINA BILDA DE CASTRO REZENDE

ANÁLISE CRÍTICA DAS INDICAÇÕES DA OPERAÇÃO CESARIANA
NA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO

2009

*MON
KBCR
2009*

U.F.R.J
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE BEZERRA
N. ADM. 723547
N. SISTEMA 723547
R. BARROSA

UFRJ
Maternidade-Escola



561799

resumo OK

KARINA BILDA DE CASTRO REZENDE

**ANÁLISE CRÍTICA DAS INDICAÇÕES DA OPERAÇÃO CESARIANA NA
MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de pós-graduação: Atenção Integral à Saúde Materno Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil.

Orientadores: Rita Guérios Borna
Joffre Amim Júnior

Rio de Janeiro
2009

Rezende, Karina Bilda de Castro

Análise crítica das indicações da operação cesariana na
Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Karina
Bilda de Castro Rezende. Rio de Janeiro: UFRJ/Maternidade Escola,
2009.

vii 38f :il.; 31 cm.

Orientador: Rita Guerios Bornia.

Co-orientador: Joffre Amim Júnior

Monografia (Pós-Graduação Lato Sensu) – UFRJ/
Maternidade Escola/ Curso de Especialização Atenção Integral à Saúde
Materno-Infantil 2009.

Referências Bibliográficas: f. 42-45

1. indicações 2. cesariana. 3. hospital escola. I. Bornia, Rita Guerios .
II. Amim Júnior, Joffre. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Maternidade Escola. IV. Título.



ANÁLISE CRÍTICA DAS INDICAÇÕES DA OPERAÇÃO CESARIANA NA
MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Karina Bilda de Castro Rezende

Orientadores: Rita Guerios Borna

Joffre Amim Júnior

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Pós-Graduação: Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título: **Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.**

Aprovada por:

Profª.Dra.Rita Guerios Borna

Prof.Dr.Joffre Amim Júnior

Prof. Dr.Giovanni Fraga Lenza

Nota:
Conceito:

Rio de Janeiro, 26 de junho de 2009

Obstetrícia:

" A arte do três saberes....

Saber esperar,

Saber decidir,

Saber intervir."

Fernando Magalhães

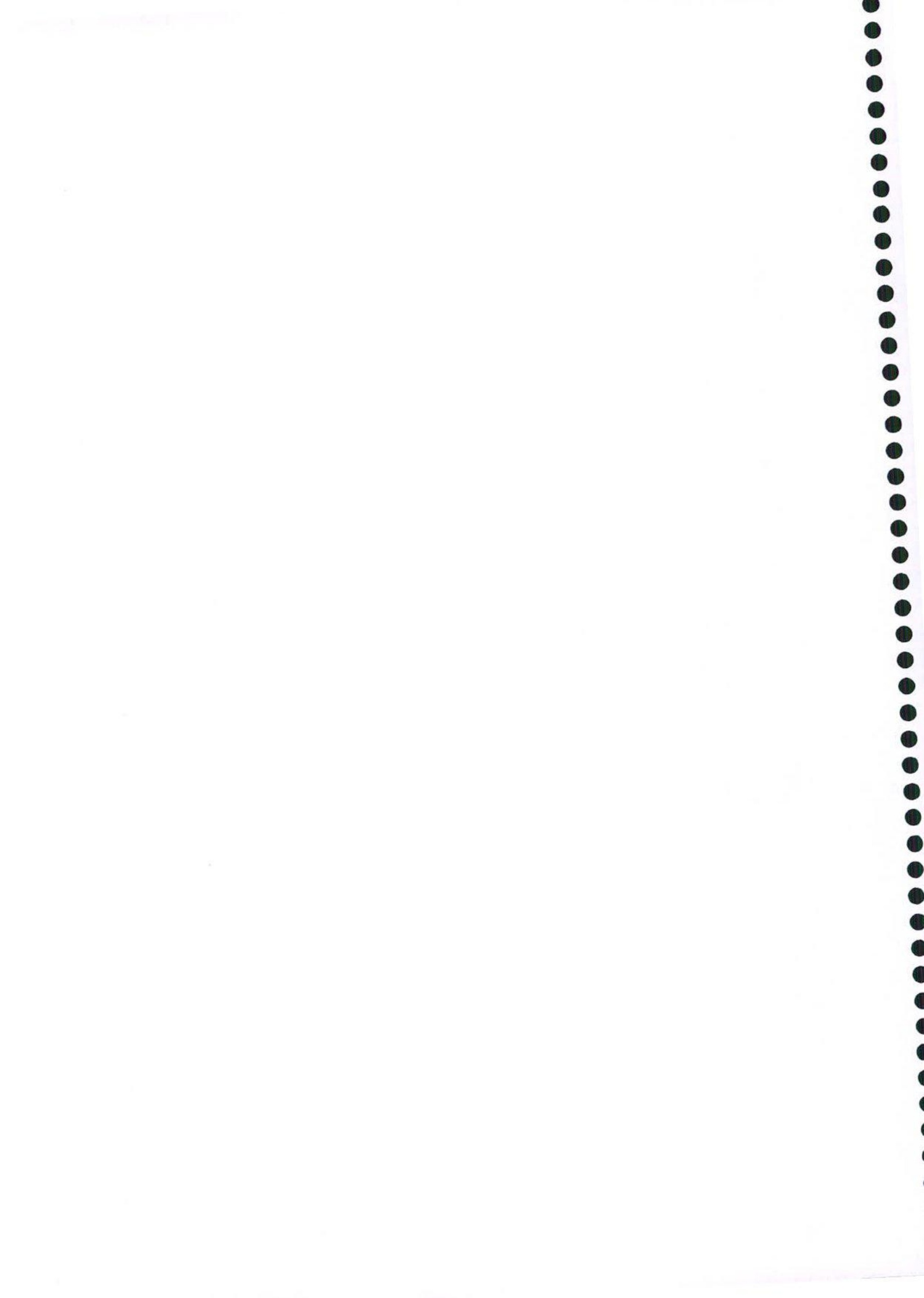
RESUMO

A cesariana é a cirurgia mais antiga da história da Medicina. Sua incidência no Brasil está acima da preconizada pela OMS. Deve haver indicação criteriosa e é preciso saber a natureza do serviço hospitalar de onde provém as indicações. Os objetivos são: realizar análise crítica das indicações da operação cesariana na Maternidade Escola da UFRJ relacionando a alta incidência ao perfil da instituição e os objetivos específicos são: verificar as indicações, descrição dos resultados perinatais e relatar morbidade materna relacionada à cesariana. Metodologia: Estudo descritivo, transversal, retrospectivo. Identificação das pacientes submetidas à operação cesariana no primeiro trimestre de 2007. Coleta das seguintes variáveis: diagnóstico da internação, idade gestacional, realização ou não de acompanhamento pré-natal na instituição e número de consultas realizadas, indicação da cesariana, peso fetal, Apgar no primeiro e quinto minuto, presença de mecônio, presença ou não de complicação cirúrgica e qual foi a complicação, avaliação se houve ou não tentativa de indução de parto normal com devido registro em parto grama e apresentação fetal nos casos das gestações gemelares. Resultados: Foram avaliadas 318 prontuários com nascimento de 332 nascidos vivos (14 gemelares). Ocorreram 107 cesarianas de emergência e 211 cesarianas eletivas. As indicações mais freqüentes foram a presença de cicatriz uterina prévia, as síndromes hipertensivas e a oligodrâmnia que são indicações compatíveis com o perfil da instituição

Palavras chaves: indicações, cesariana, hospital escola.

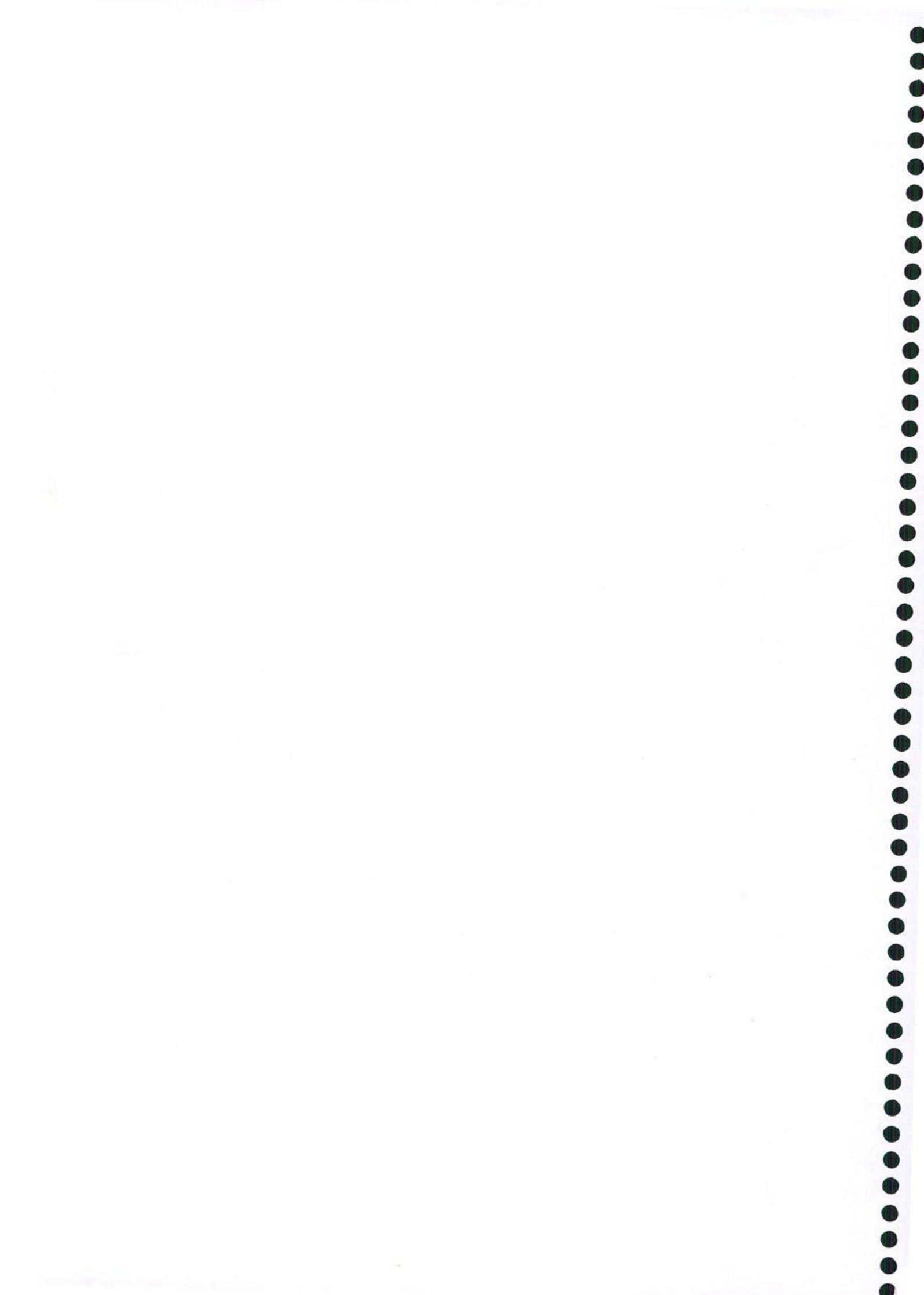
LISTA DE TABELAS E FIGURAS:

Fig.1–Variação da idade gestacional no momento da internação	19
Tab.1-Indicações clínicas e/ou obstétricas que justificaram as cesarianas.	20
Tab.2-Número de pacientes que tiveram indicações únicas ou múltiplas.	21
Tab.3-no de pacientes que apresentaram cicatriz uterina.	22
Fig. 2 - Distribuição do peso dos Recém-nascidos da amostra	23



SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	8
2.METODOLOGIA.....	16
3.RESULTADOS.....	18
4. DISCUSSÃO.....	25
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
5. CONCLUSÕES.....	41
6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42
7.FONTES CONSULTADAS.....	45



1. INTRODUÇÃO

A cesariana é das mais antigas cirurgias da história da Medicina. Fato é que deixou de ser tentativa heróica de salvar crianças de mães quase mortas ou já mortas e passou a ser cirurgia segura e freqüentemente planejada (HILLAN, 1991).

Constitui-se em poderoso e eficiente recurso dominado pelos obstetras para lidar com complicações do parto. Funciona também com excelência quando há necessidade de interrupção eletiva da gravidez para resguardar a saúde da mãe e do filho, quando não há condições favoráveis para parto vaginal. No entanto, deve haver indicação criteriosa para sua realização, resultado de avaliação de seus riscos e benefícios (TRAJANO & SOUZA, 2004 P.843).

Fernando Magalhães (1909) dizia que: “o problema do parto está resolvido: ou ele é natural e transpélvico ou artificial e extra pélvico” (apud, REZENDE, 1991 p. 906).Não parecia preocupado com qual seria a proporção de cada uma dessas vias de parto.

A melhoria das técnicas anestésicas e cirúrgicas e a antibioticoterapia profilática diminuíram os riscos do procedimento e promoveram o aumento no leque das indicações conseqüentes ao incremento do conhecimento obstétrico, o que ocasionou aumento das taxas de cesariana em todo o mundo (CUNNINGHAN *et al* ,2005).

Este aumento se tornou foco de atenção pelo aumento da morbiletalidade materna, pelos custos associados ao procedimento e pela ausência de impacto na redução das taxas de mortalidade perinatal (DIAS e

DESLANDES , 2004).

Dentre as principais justificativas para explicar o aumento das indicações estão os prováveis benefícios para a saúde do recém-nascido. Por muito tempo, acreditou-se que haveria relação inversamente proporcional entre o índice de cesarianas e a mortalidade perinatal. Entretanto, alguns estudos mostraram que a via de parto não se relaciona necessariamente com esta diminuição da morbimortalidade perinatal. Os principais determinantes desta redução, nas últimas décadas, foram os avanços no tipo, qualidade e disponibilidade dos serviços médicos em geral , e dos obstétricos e neonatais, sem relação com a via de parto. A evidência seria o exemplo da Irlanda que apresentou marcada redução da mortalidade perinatal, mantendo as taxas de cesarianas constantemente baixas. Já os Estados Unidos tiveram queda menos acentuada na mortalidade perinatal apesar de sua taxa de cesariana continuar se elevando (O'DRISCOLL & FOLEY ,1983). Porém, os autores concluíram que a morbidade perinatal não foi avaliada neste estudo e não pode ser comparada .

NOTZON *et al* (1990) exemplificou que países como Porto Rico e Brasil têm taxas elevadas de cesariana e altas cifras de mortalidade perinatal.

Os grupos "anti-cesarianas" usam dados do Ministério da Saúde e de fontes de estatísticas vitais de outros países que mostram que nascem mais prematuros por cesarianas. Concluem que as cesarianas em excesso estão aumentando a prematuridade . O que não se pode esquecer é que muitos desse procedimentos realizados antes do termo da gestação são agendados no momento considerado ideal para preservar o bem estar materno e fetal.

Escolhe-se a via abdominal porque muitas vezes não há condições favoráveis à indução do parto. Leve desconforto respiratório no recém-nascido, que pode ser consequência do nascimento por via abdominal sem o trabalho de parto, é melhor tolerado deixando menos seqüelas do que outras consequências maternas e fetais mais graves que podem resultar quando não se interrompe a gestação naquele momento certo. (AMANTH *et al*, 2005; LEVENO, 2008).

É inegável que a prática da cesariana teve participação importante na redução dos índices de mortalidade materna que deixou de ser expressa como fração centesimal dos nascimentos para ser expressa por cada 100.000 nascidos vivos.

Ainda hoje, na África, morrem mulheres por parto obstruído, ou seja pela falta de acesso à cesariana. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO, 2007) afirma que a capacidade de se oferecer o parto cesáreo é essencial ao cuidado materno seguro.

Já a contribuição da cesariana como causadora de morte materna é pequena.

Críticos condenam os números vinculados a cesariana argumentando que os obstetras são muito rápidos em abandonar possíveis partos vaginais por razões que podem estar relacionadas a sua própria conveniência. Análise menos passional, entretanto revela que o desafio é mundial, cruzando fronteiras e sugerindo que fatores múltiplos e convergentes são responsáveis, incluindo mudanças nas gestantes e suas gestações, opções e recomendações de parto e perspectivas de médicos e pacientes quanto a suas percepções de risco.

Como acontece em outros países, no Brasil, vários estudos têm demonstrado associação entre a cesariana e outros fatores não obstétricos, como os sócio-econômicos. As cesarianas são mais freqüentes em regiões de maior poder aquisitivo e com maior disponibilidade de atendimento médico por planos de saúde ou privado. Outras explicações médicas e comportamentais podem ser aventadas para o fato:

- SUS e operadoras de saúde remuneram igualmente o parto vaginal e a cesariana, o que favorece a comodidade do médico para a realização de cesáreas, que demandam menor disponibilidade;
- A ênfase na formação médica atual é a realização de procedimentos diagnósticos em que se usa a tecnologia em detrimento da sensibilidade, da arte e da intuição. De tal forma que os profissionais estão menos preparados para a resolução do parto pela via vaginal.
- O uso excessivo de tecnologia aliada ao temor dos processos judiciais favorece diagnósticos às vezes errados de sofrimento fetal levando à indicações intempestivas e desnecessárias.
- A conveniência do obstetra e sua equipe. O médico assistente visando a sua comodidade indica a cesariana sem valorizar a opinião da parturiente. Há também a conveniência da família da gestante que demanda agendamento do parto para estarem disponíveis na ocasião.
- Opção da gestante, que inserida em sua cultura opta pela cesariana por medo da dor do parto vaginal, experiência prévia de parto traumático, razões estéticas ou temor de prejuízo da função sexual. E os obstetras estão tendendo a valorizar o direito da mulher escolher sua via de parto.

(CREMERJ,2008)

- Cesárea para realização de laqueadura tubária é ainda prática muito freqüente no Brasil, principalmente a nível privado. Nas instituições públicas a laqueadura é permitida , após avaliação do caso por junta médica que autoriza a laqueadura na cesariana desde que haja indicação obstétrica ou clínica para a mesma. Caso contrário o parto se dá por via vaginal e a ligadura é feita em outro momento.
- Gestações múltiplas: Nos últimos anos a taxa de gestação múltipla vem aumentando pelo incremento de técnicas de reprodução assistida e a cesariana é a via de parto de eleição nos casos de gemelares.

O Brasil é conhecido por ser país com altíssimas taxas de cesarianas, e está sendo criticado, pela Organização Mundial de Saúde pelo uso indiscriminado desse procedimento, que recomenda que as cirurgias correspondam a no máximo 15% dos partos.(WORLD HEALTH ORGANIZATION,1985)

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), financiada pelo Ministério da Saúde em 1986, mostrou índices de cesariana de 31,6%. A PNDS-2006 publicada em 03 de julho de 2008 mostra alguns indicadores de saúde do ano de 2006 comparando-os com o ano de 1996. Conclui, de maneira geral, que houve melhoria de vida das mulheres e crianças. Com relação às cesarianas, houve aumento de 36,4% para 44% dos partos, confirmando o avanço deste procedimento em todo o país ao contrário das recomendações do Ministério da Saúde. Esse aumento se deu principalmente pelo aumento da assistência médica nas áreas rurais, onde a proporção dos partos cirúrgicos aumentou de 20% para 35%, enquanto nas

áreas urbanas essa taxa sofreu menor ascensão: de 42% para 46%. Nas regiões Sudeste e Sul estão as maiores taxas apuradas em 2006: 52% e 51%, respectivamente. No sistema de saúde privado ou suplementar, esse percentual alcançou 81% em 2006. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

No estado do Rio de Janeiro, mais de 35% dos conceptos nascem por cesariana. (TRAJANO e SOUZA, 2007 p.899).

Várias campanhas envolvendo o Conselho Federal de Medicina, o Ministério da Saúde, a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) incentivam o parto normal para a população e a classe médica.

Em comum, todas têm o interesse de mudar os panoramas atuais, que conferem ao setor suplementar brasileiro o indesejável título de campeão mundial de cesarianas e a ANS alega que muitas cesarianas realizadas são desnecessárias.

O Ministério da Saúde adotou série de medidas nos últimos anos como isonomia nos valores pagos em caso de parto natural ou cesariana e o pagamento de anestesista mesmo em caso de parto natural para que a paciente se sinta mais confortável em ter o parto vaginal.

Foi proposto pela ANS que as instituições revejam suas estatísticas e apurem se estão ocorrendo em seus serviços, cesarianas desnecessárias sob algum ponto de vista. Somente com essas medidas poderemos chegar mais próximos às taxas preconizadas de cesarianas.

Como altos índices de cesariana não necessariamente refletem boa qualidade de serviços, instituições com altas taxas devem iniciar revisão rigorosa e detalhada do cuidado obstétrico e perinatal caso a caso conforme

a população atendida, pois podem estar causando dano iatrogênico se as cesarianas não forem corretamente indicadas. (VILLAR *et al*, 2006).

Segundo REZENDE (2005 p.1293) antes de considerar adequada ou muito alta a incidência de cesariana é preciso saber a natureza do serviço hospitalar de onde provém. E mais importante ainda é a qualidade da indicação apoiada em critério clínico e na capacidade do profissional que a indicou.

A Maternidade Escola da UFRJ revelou no ano de 2006 índices de 47% e em 2007, 50% de partos cesáreos do total de partos realizados .

A Maternidade Escola da UFRJ é um dos hospitais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, onde se dá o ensino da Disciplina de Obstetria da Faculdade de Medicina. Possui também alunos de pós-graduação em Obstetria, médicos residentes de Obstetria e Ginecologia e extenso corpo clínico e docente.

Constitui-se em unidade hospitalar, vinculada ao Sistema Único de Saúde. Foi certificada por Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação como hospital de ensino. (BRASIL,2007)

Funciona como centro de referência para gestações de alto risco materno e fetal. Possui ambulatório especializado de pré-natal em situações de risco específicos da gestação tais como diabetes, intolerância à glicose, hipertensão arterial, gemelaridade, doenças da tireóide, doença hemolítica perinatal e malformações fetais. Apesar disso recebe também pacientes de baixo risco para atender às demandas de ensino do curso da gestação normal.

As pacientes internadas são oriundas do pré-natal na instituição e

também gestantes referenciadas de outras unidades, hospitais, postos de saúde e da central de regulação do Estado e do Município do Rio de Janeiro para resolução de casos específicos assim como pacientes que nem fizeram pré-natal.

Em hospitais-escolas, espera-se que as indicações sejam sempre discutidas e fundamentadas com o objetivo principal de reduzir a morbiletalidade materna e perinatal. Espera-se que os altos índices estejam relacionados ao perfil da população atendida.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (vide anexo I).

O objetivo geral do presente estudo é realizar análise crítica das indicações de cesariana da Maternidade Escola da UFRJ relacionando a incidência da cesariana com o alto risco materno e fetal.

Os objetivos específicos são:

- verificar as principais indicações;
- descrever resultados perinatais e
- descrever morbidade materna relacionada à cesariana.

2. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na Maternidade Escola da UFRJ, localizada no município do Rio de Janeiro, em bairro da Zona Sul.

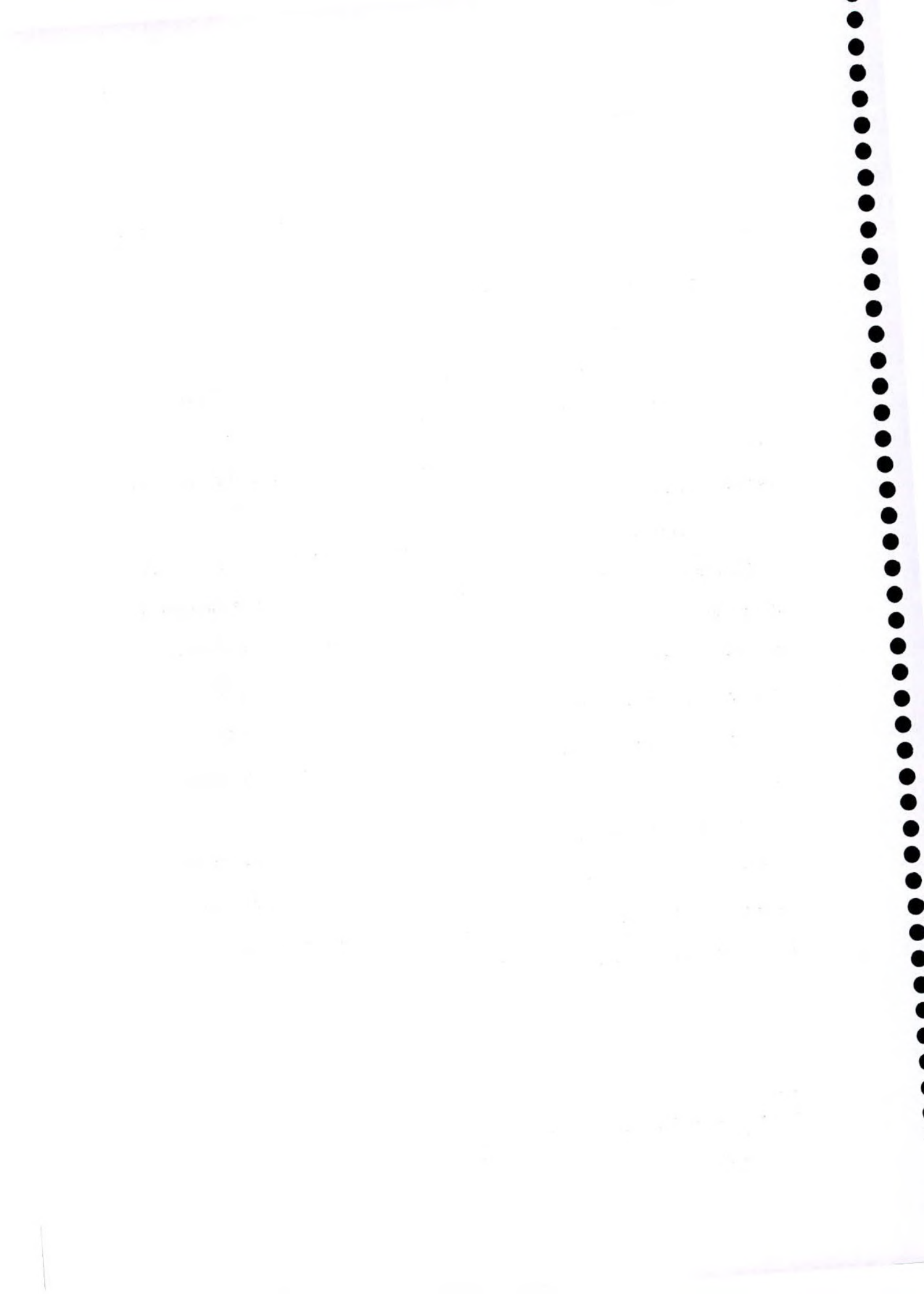
Revisão dos prontuários das pacientes, caracterizando estudo descritivo, transversal do tipo retrospectivo.

Caracterização da amostra: pacientes que tiveram parto cesáreo no período de 1 de janeiro de 2007 a 31 de março de 2007.

Identificação das pacientes submetidas a cesariana no período desejado, pelo livro do centro cirúrgico onde são registrados todos os procedimentos cirúrgicos, pela equipe de enfermagem.

Solicitação desses prontuários no arquivo para coleta das seguintes variáveis:

- diagnóstico da internação,
- idade gestacional,
- realização ou não de acompanhamento pré-natal na instituição
- número de consultas de pré-natal realizadas,
- indicação da cesariana,
- peso do recém nascido,
- índice de Apgar no primeiro e quinto minuto,
- presença de líquido amniótico meconial,
- ocorrência da complicação materna e qual foi a complicação,
- verificação se houve ou não tentativa de indução de parto normal com devido registro em partograma e
- descrição da apresentação fetal nos casos das gestações



gemelares.

Registro das variáveis em planilha de Excel 2007.

Identificação das indicações das cesarianas realizadas agrupando-as conforme a prevalência. A indicação considerada foi a que apareceu descrita no formulário de relatório operatório.

Agrupamento das indicações conforme se segue:

- “Presença de cicatriz uterina” - a história de micro cesárea ou de cesariana prévia independente do número de cirurgias .Não foi considerado como indicação a presença de cicatriz uterina quando esta era presente na história obstétrica mas não foi descrita como indicação.

- “Síndromes hipertensivas” - pacientes com hipertensão arterial crônica, doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) a esclarecer e as que internaram com DHEG já devidamente pois muitas vezes a conduta foi tomada antes do resultado de exames que esclareceriam o diagnóstico. Neste grupo também foram incluídas duas pacientes que se internaram já com diagnóstico das formas graves da DHEG - eclampsia¹ e síndrome HELLP.²

- “Distocias” - compreenderam as indicações que apareceram como distocia de colo, assinclitismos e parada de progressão quando não foi possível a distinção da causa da parada de progressão Foi incluído neste grupo a discinesias (distocia funcional).

¹ eclampsia é pré-eclampsia grave com convulsões

² forma grave de pré-eclampsia associado a hemólise micro angiopática, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia

3. RESULTADOS

No período analisado ocorreram 332 cesarianas que corresponderam a 51% dos partos realizados na instituição.

Houve perda de 14 prontuários que foram para o "arquivo morto" não permitindo a análise.

Foram avaliados 318 prontuários das pacientes submetidas a operação cesariana no período descrito, com o nascimento de 332 nascidos vivos (14 gestações gemelares) .

Do total de pacientes analisadas, 181 (57%) realizaram pré-natal na instituição, 124 (39 %) realizaram pré-natal em outro serviço e 13 (4%) não realizaram pré-natal.

Das 318 pacientes, 72 internaram em trabalho de parto e as outras 246 tiveram internação por outro motivo obstétrico ou clínico.

Dentre as 72 pacientes internadas em trabalho de parto 31 passaram por prova de trabalho de parto que não evoluiu adequadamente e as outras 41 foram operadas a seguir da internação.

Das 246 pacientes internadas fora do trabalho de parto 35 evoluíram para prova de trabalho de parto sendo 22 espontaneamente e 13 por indução com misoprostol³ ou ocitocina³ .Restaram ainda 5 pacientes nas quais foram feitas indução com misoprostol mas que não evoluíram para prova de trabalho de parto.

Desta forma ocorreram 107 cesarianas de emergência e 211 cesarianas eletivas.

³ drogas uterotônicas, que promovem a contração uterina.

A idade gestacional no momento da internação variou conforme mostra a figura1.

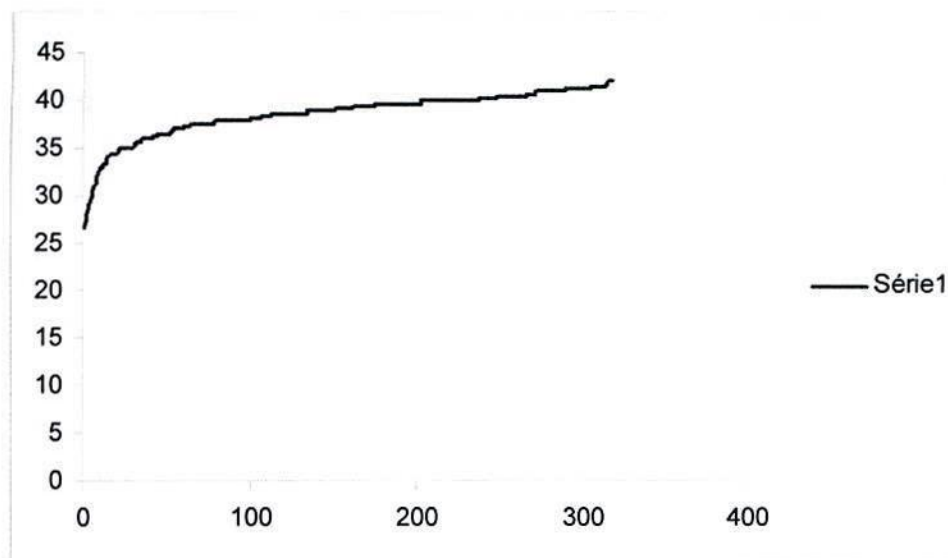


Fig. 1 – Variação da idade gestacional no momento da internação

Foram encontradas as seguintes indicações em ordem de frequência conforme mostra a tabela 1.

Indicações das cesarianas	n	%
Presença de cicatriz uterina	65	20,4
Iteratividade	29	7,8
1 cesariana anterior	32	10,3
História de microcesárea anterior	4	1,2
Síndromes hipertensivas	55	17,3
Oligodramnia/Adramnia	49	15,4
Amniorrexe prematura	35	11,0
Desproporção céfalo-pélvica (DCP)	35	10,37
Sufrimento Fetal Agudo	29	9,1
Distocias/Discinesias	27	8,4
Gestação prolongada	19	5,9
Apresentações anômalas	19	5,9
Diabetes gestacional	16	5,0
Macrossomia fetal	15	4,7
Gestação gemelar	14	4,4
Sufrimento fetal crônico	13	4,1
Infecção materna pelo HIV	6	1,8
Outras	12	4,4
Total de indicações	404	-

Tabela 1 - Indicações clínicas e/ou obstétricas que justificaram as cesarianas.

O número de indicações ultrapassa o de cesarianas realizadas devido à presença de múltiplas indicações para a mesma paciente.

Nas 14 gestações gemelares, em 11 o *feto 1* ou primeiro gemelar

estava em apresentação cefálica e em 3 o *feto 1* estava em apresentação pélvica.

A tabela 2 mostra quantas pacientes tiveram somente uma indicação e quantas tiveram indicações múltiplas.

No de indicações	N	%
1 indicação	222	69,8
2 indicações	90	28,3
3 indicações	6	1,9
Total	318	100

Tabela 2 - Número de pacientes que tiveram indicações únicas ou múltiplas.

As *outras* indicações descritas na tabela caracterizam-se por: descolamento prematuro de placenta (5 casos), placenta prévia total (2 casos), malformação fetal (3 casos) doença hemolítica perinatal (1 caso), condilomatose de trajeto (1 caso), primípara idosa (1 caso), intolerância à glicose (1 caso).

Em relação ao resultado perinatal, somente 1 recém nascido apresentou índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto, filho de gestante com 36 semanas que teve cesariana indicada por hipertensão, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e taquissístolia⁴. O recém nascido nasceu com 1575 g e o índice de Apgar foi 1/2/5 no 1º, 5º e 10º minuto respectivamente.

Os recém nascidos nasceram banhados em mecônio em 34 situações sendo 14 delas em pacientes com diagnóstico de sofrimento fetal agudo, 5

⁴ aumento da frequência das contrações uterinas

pacientes com diagnóstico de desproporção céfalo-pélvica, 4 casos de distocias, 3 casos de amniorrexe prematura, 2 casos de gestação prolongada e em outros casos isolados.

Algumas pacientes, apesar de terem história de cesariana prévia, foram submetidas a tentativa de parto vaginal .

A tabela 3 mostra quantas pacientes apresentaram presença de cicatriz uterina (cesariana ou microcesariana prévia) independente desta ter aparecido como indicação da cesariana na gestação atual.

No de cesarianas prévias	No pacientes	%
0	208	65,5
1	82	25,5
2	21	6,7
3	4	1,3
4	3	1,0
total	318	100

Tabela 3 - no de pacientes que apresentaram cicatriz uterina

A figura 2 demonstra a variação do peso dos recém-nascidos das pacientes submetidas a cesariana.

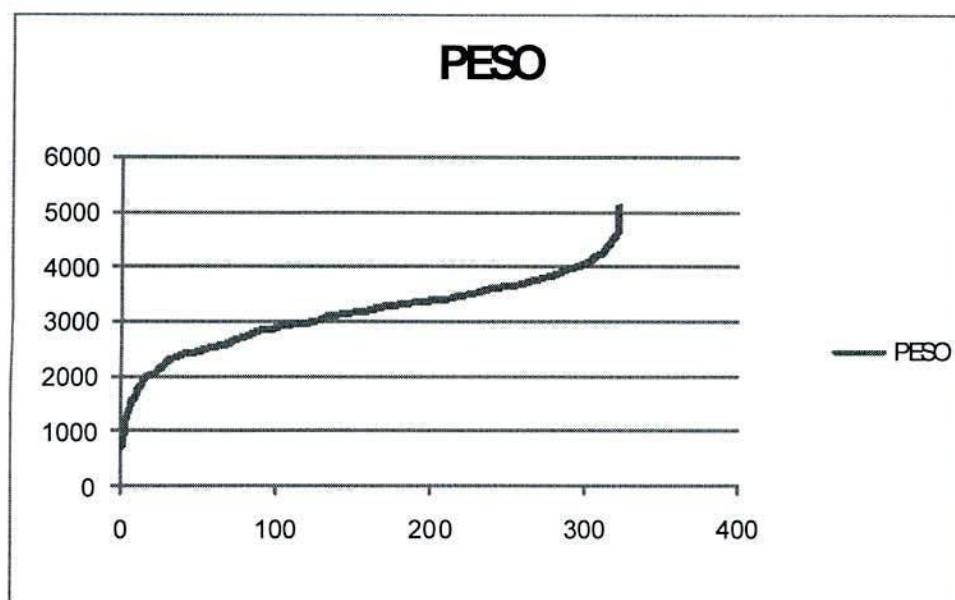


Figura 2 - Distribuição do peso dos Recém-nascidos da amostra

A figura 2 mostra a variação de peso do recém nascido ao nascimento que variou de 890 g a 5090 g: 52 pesos foram inferiores a 2500 g e 28 pesos foram superiores a 4000 g

Em relação à morbidade materna decorrente da cirurgia, 9 pacientes (2,8%) apresentaram complicações a saber:

- ✓ 3 casos de hipotonia uterina em mulheres com indicações por oligodramnia e presença de cicatriz uterina por microcesárea prévia;
- ✓ 2 casos de infecção do trato urinário em pacientes que tiveram a indicação por desproporção céfalo-pélvica e por gemelaridade;
- ✓ 3 pacientes tiveram infecção de parede após a cesariana indicada por distócia em 2 casos e por macrossomia em 1 caso e;
- ✓ 1 hematoma de parede em paciente com cesariana indicada por sofrimento fetal crônico.

Em contrapartida, após a laparotomia em 2 gestantes submetidas a cesariana por sofrimento fetal agudo foi encontrado rotura uterina em uma e

hematoma de ligamento largo na outra. Estas duas pacientes não tinham cicatriz uterina prévia.

4. DISCUSSÃO

O serviço de obstetria da Maternidade Escola da UFRJ, apresentou taxa de cesariana acima da preconizada pelas campanhas atuais.

As gestações de alto risco apresentam complicações que muitas vezes demandam a interrupção da gestação e algumas particularidades dificultam a possibilidade de se obter parto vaginal. As instituições referências para acompanhamento dessas gestações tendem a ter incidência maior de cesarianas, e os hospitais universitários concentram essas gestações mais complicadas. Em contrapartida, os ambientes universitários têm condutas baseadas em protocolos pré-estabelecidos procurando-se minimizar a incidência de cesáreas (NOMURA *et al*, 2004)

Foi avaliada a idade gestacional no momento da internação, pois é a partir desta datação que se baseia a conduta. Conforme mostra a figura 1, a idade gestacional variou de 28 semanas a 42 semanas (18 pacientes foram internadas com idade gestacional inferior a 37 semanas).

Há quatro principais indicações para o parto cesáreo, na população geral, que respondem por mais de 70% dos casos e são os maiores fatores determinantes das taxas de cesariana: distocias (progressão de parto inadequada) suspeita de comprometimento fetal, apresentação anômala e cesariana prévia (ANDERSON e LOMAS 1984).

As indicações da cesariana representam o motivo pelo qual se opta pelo procedimento (parto) via abdominal. São fatores específicos e sempre devem ser considerados e analisados quando se pensa em reduzir os índices. É sempre necessária a avaliação destes fatores prevalentes na

população estudada para se decidir e avaliar quais gestantes têm probabilidade de tentativa de parto vaginal. Desta forma fica evidente que a cesariana foi indicada para a paciente e não para a doença, mostrando a individualização de cada caso. A gestação de alto risco não deve sempre ser interrompida por cesariana e nem a gestação de baixo risco sempre vai se concluir com parto normal.

Segundo o Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP, 1987), as indicações da operação cesariana são:

- cesariana anterior,
- sofrimento fetal agudo,
- desproporção feto-pélvica,
- alteração da contralidade uterina,
- parto prolongado,
- fracasso de indução,
- descenso retido da apresentação,
- gestação gemelar,
- retardo do crescimento uterino,
- pré-termo,
- pós-termo,
- apresentação podálica,
- apresentação córmica,
- variedades posteriores,
- situação transversa,
- rotura prematura das membranas,
- suspeita ou incerteza de infecção ovular,

- placenta prévia,
- descolamento prematuro de placenta normoinserida,
- rotura uterina,
- doença hipertensiva específica da gestação,
- herpes genital,
- condilomatose genital,
- natimorto e
- esgotamento materno .

As indicações das cesarianas podem ser classificadas como absolutas ou relativas. As absolutas não são contestáveis porque não há possibilidade de obter conceito vivo pelas vias naturais. São relativas as indicações em que a cesariana é melhor para a parturiente e para o conceito do que o parto transpélvico. Pode-se considerar também estas indicações como absolutas, pois é missão do obstetra salvaguardar a vida materna e proteger a do conceito, não lhe arriscando a vitabilidade e higidez em prova de trabalho árduo e com manobras traumáticas. (REZENDE, 2005 p.1294)

Outra classificação divide as cesáreas em eletiva ou não-eletiva. As indicações eletivas são as realizadas antes do início do trabalho de parto, incluem as indicações médicas e as cesáreas a pedido. As não-eletivas são as cesarianas realizadas após o início do trabalho de parto tendo este sido espontâneo ou não, que na maioria das vezes requerem urgência/emergência para sua realização (QUINLIVAN *et al* ,1999).

Nesta análise não houve distinção entre indicação principal e secundária de cesarianas sendo ambas avaliadas conjuntamente conforme feito previamente por SOUTO *et al* (1993).

Na nossa amostra 96 pacientes apresentaram indicações múltiplas conforme mostra a tabela 2. A associação de indicações combinadas, na mesma paciente acontece com freqüência em instituições que atendem pacientes referenciadas e de alto risco, tornando imperiosa a opção pelo procedimento (REZENDE, 1991 p.930).

As 246 gestantes que tiveram internação fora do trabalho de parto e mais as 41 gestantes que internaram em trabalho de parto e não passaram pela prova de trabalho de parto por apresentarem contra-indicação ao mesmo representam 90% da amostra (287 pacientes). Essa fatia da população já se internou com a cesariana pré-determinada por intercorrências diagnosticadas no pré-natal ou mesmo antes do início da gestação. Apesar disso foi feita tentativa de parto normal em 40 gestantes desse grupo (35 pacientes que passaram pela prova de trabalho de parto e 5 pacientes nas quais a tentativa de indução do parto não foi bem sucedida).

Apesar de a Maternidade Escola ter médicos residentes distribuídos por todos os plantões ao longo da semana, as indicações dos procedimentos são sempre discutidas e analisadas conjuntamente com os médicos da equipe.

Conforme demonstrado na tabela 1, a presença de cicatriz uterina foi a indicação mais freqüente neste período presente em 65 pacientes (20,4% das indicações), apesar de presente em 110 pacientes (tabela 3). Nas outras 45 gestantes ela foi associada a outras indicações e não apareceu descrita como indicação operatória.

Em 4 pacientes a cicatriz uterina foi por "microcesárea" prévia o que contra-indica a prova de trabalho de parto devido a natureza da incisão

uterina neste tipo de procedimento.

A presença de cicatriz uterina prévia não é indicação absoluta de parto cesáreo e faz parte da rotina da Maternidade Escola a tentativa de parto normal em pacientes com uma cesariana prévia, desde que não haja outra morbidade associada.

Segundo o protocolo canadense (MARTEL;MACKINNON,2004,2005), deve ser discutida com a gestante os riscos e benefícios da tentativa de parto vaginal após cesariana. A tentativa de parto vaginal não garante o sucesso do mesmo. Pode ser indicada cesariana de emergência por conta de risco de rotura uterina, distócias e sofrimento fetal agudo o que aumenta os riscos maternos e perinatais. Isto explica a resistência para as tentativas de parto vaginal após cesariana.

Deve ser considerado que o risco gestacional costuma ser recorrente nas gestações subseqüentes e muitas vezes, a cesariana é indicada pois a indicação da primeira cesariana também se repete.

A prevalência de síndromes hipertensivas é alta na nossa população devido a ME-UFRJ ter se consolidado como serviço de referência para o acompanhamento clínico desta patologia. O serviço de Medicina Fetal presente na instituição proporciona segurança nas decisões clínicas de manter ou interromper a gestação de modo a obter o melhor resultado materno e perinatal individualizado.

A interrupção da gestação é o único tratamento definitivo da doença hipertensiva específica da gestação e é indicada quando o controle clínico materno é ineficaz ou na presença de alterações da vitalidade e crescimento fetal. Como nem sempre o parto vaginal é permitido por falta de condições

favoráveis para o mesmo ou por falta de higidez fetal a cesariana torna-se necessária como via de parto das pacientes com síndromes hipertensivas . Nos casos graves de eclâmpsia e síndrome HELLP deve-se interromper a gestação após a estabilização do quadro clínico independente da idade gestacional (ZUGAIB, 2008 p.617 e 619).

A oligodramnia⁵ ou adramnia⁶ foi observada em 49 pacientes configurando a terceira maior causa de cesariana na população estudada. Não faz parte da rotina do serviço a avaliação do volume de líquido amniótico em todas as pacientes que se internam. CHAUHAN *et al* (1996) não recomendaram a avaliação do índice de líquido amniótico como teste de rotina pré-admissional.

Estes diagnósticos se deram por exames ultrassonográficos solicitados pelo pré-natal como rotina ou no acompanhamento específico da gestação de alto risco . Diante do resultado há o encaminhamento da paciente ao setor de admissão para avaliação e conduta pelo plantão.

O diagnóstico de oligodramnia feito primeiramente no terceiro trimestre é freqüentemente associado a rotura prematura das membranas ovulares ou a insuficiência útero placentária, mas também pode ser idiopático ou por malformações fetais.

Quando decorrente de insuficiência útero placentária, a oligodramnia cursa com hipoxemia crônica que deixa o feto mais susceptível a mudanças bruscas de fluxo útero-placentário, apresentando maior risco de hipóxia , aspiração de mecônio e morte intraparto. (ZUGAIB, 2008 p.641).

Morris *et al* (2003) e Rutheford *et al* (1987) correlacionaram a

⁵ diminuição do volume de líquido amniótico esperado para idade gestacional

⁶ ausência de líquido amniótico

oligodramnia a resultado gestacional adverso. Esses resultados adversos podem ser compressão funicular, aspiração meconial e sofrimento fetal agudo.

Durante o trabalho de parto o sofrimento fetal agudo decorre de insuficiência placentária que restringe a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto e agrava-se pela compressão extrínseca do cordão devido à falta de líquido amniótico. Bastide *et al* (1986) sugeriram interrupção da gestação a partir do diagnóstico da oligodramnia no terceiro trimestre. A taxa de mortalidade perinatal foi menor nas gestações interrompidas do que quando se optou por tratamento conservador.

NOMURA *et al* (2004) tiveram em sua casuística, também de hospital universitário somente 4,6% de indicações por oligodramnia ao passo que a nossa casuística é de 15,4%, que pode ser explicada pelo tamanho amostral e pela maior incidência de patologias que concorrem com a diminuição do volume de líquido amniótico. Eles consideraram somente uma indicação para cada procedimento e na nossa amostra, a oligodramnia associou-se a outras morbidades em 5% dos casos.

As distocias representam os “partos difíceis” (CHAVES NETTO, 2004 p.861), que não evoluem da forma que deveriam. Didaticamente se dividem em distocia de *objeto* (feto), *trajeto* (pelve) e *motor* (contração uterina) ou uma combinação dos fatores. São representadas na nossa amostra pela desproporção céfalo- pélvica que foi identificada em 35 pacientes e pelas discinesias que são os distúrbios da contratilidade uterina, verificadas em 24 pacientes, fatores esses que não permitem que o parto progrida. Para correto diagnóstico dessas intercorrências é preciso o registro em

partograma.⁷

A desproporção céfalo-pélvica pode aparecer em fetos grandes o que é mais freqüente na nossa população com maior prevalência de diabetes gestacional, ou mesmo em fetos menores cujo pólo cefálico não insinua de maneira adequada na pelve materna, e em pelves com diminuição dos seus diâmetros. A falta de descida da apresentação com dilatação cervical normal constitui o ponto principal para o diagnóstico da desproporção céfalo-pélvica (CHAVES NETTO *et al*, 2004 p.862) diferenciando-a das discinesias.

A falha na avaliação da progressão inadequada do parto e a na intervenção para corrigir a causa quando possível, traz consequências para a mãe e seu bebê .Corioamnionite (infecção) e lesões no assoalho pélvico como necroses e fístulas estão relacionadas à duração do trabalho de parto. O feto tem o risco de infecção, de toco traumatismos, sofrimento fetal e até o óbito perinatal. A cesariana é o tratamento correto para as formas não-corrigeíveis de distócia (ZUGAIB, 2008 p.374-375).

A gestação prolongada é a que ultrapassa 41 semanas e 3 dias (CHAVES NETTO *et al*, 2005 p.85).Esteve presente em 19 casos analisados. Em todas as condições gestacionais (alto ou baixo risco) a taxa de mortalidade fetal tem aumento significativo causado por anóxia intra-uterina. Pode associar-se a macrossomia fetal ,oligodramnia e aspiração de mecônio intra-uterina no período anteparto e intraparto que tem graves conseqüências.

A indicação da interrupção da gestação deve ser feita por operação

⁷ Formulário presente no prontuário onde se registra a evolução do parto propriamente dito ao longo do tempo: a dilatação do colo, a freqüência e intensidade das contrações e a descida da apresentação. Também são avaliados outros dados clínicos da gestante e a freqüência cardíaca fetal e o aspecto do líquido amniótico.

cesariana quando os exames de avaliação fetal (ultrassonografia e cardiotocografia) estiverem alterados. Nos casos com exames de avaliação fetal normais pode-se optar pela indução do parto com monitorização eletrônica fetal contínua (CHAVES NETTO *et al*, 2005 p.85). Zugaib (2008, p.746) preconiza em seu serviço a amnioscopia para avaliação do líquido amniótico buscando a presença de mecônio como pré-requisito para a continuidade ou não da indução do parto monitorizado.

Em nossa amostra 6 pacientes com gestação prolongada tiveram partos induzido que não evoluíram, e 13 foram para cesariana por apresentarem outras morbidades associadas como oligodramnia, doença hipertensiva da gestação, iteratividade ou colo desfavorável à indução.

Na população estudada 19 pacientes tiveram a cesariana por apresentação anômala, sendo apenas 1 caso de apresentação córmica, que é indicação absoluta de cesariana e 18 casos de apresentação pélvica. Segundo Ecker e Frigoletto (2007) somente 3% dos fetos em apresentação pélvica que evoluíssem para parto vaginal sofreriam alguma injúria traumática, mas esse índice é julgado como sendo excessivo, não se recomendando mais a via de parto vaginal para fetos em apresentação pélvica. O *American College of Obstetricians and Gynecology* (ACOG, 2001 apud REZENDE, 2005 p.1120) impõe a cesariana eletiva no caso da apresentação pélvica.

A macrossomia fetal apareceu como indicação em 15 pacientes. Consiste no peso fetal acima de 4.000 g ao nascimento. Implica em diversos riscos maternos e fetais. Os riscos maternos são: parto prolongado, parto operatório, lacerações do trato genital, rotura uterina e hemorragia pós-parto

por atonia uterina. Os riscos fetais são a distócia de ombro que causa parto traumático por lesão de plexo braquial (com seqüelas motoras temporárias ou definitivas - paralisia braquial) e fratura de clavícula.

A distócia de ombro que tem como principal fator de risco a macrossomia é a falha do desprendimento do(s) ombro(s) e configura emergência obstétrica. Exige manobras de obstetra/operador experiente para a sua resolução. Zugaib (2008, p.378) recomenda o parto abdominal prescindida da prova de trabalho de parto quando os valores de peso fetal ultrapassam 4.000 g. Na nossa amostra, das 15 pacientes, que tiveram a indicação da cesariana por macrossomia fetal, a variação de peso encontrada em 14 RN foi de 3660 g a 5090 g (perda de um registro de peso do recém nascido), com 9 RN com peso fetal acima de 4000g e 5 RN com peso entre 3660 g e 3995 g.

GONEN *et al*(1996) concluíram que seriam necessárias 239 cesarianas de rotina em pacientes cujo feto tivesse estimativa de peso acima de 4000 g para evitar 46 casos de distocia de ombro ,7 casos de fratura de clavícula e 4 casos de lesão do plexo braquial em fetos com mais de 4000 g.

Outros 46 casos de distócia de ombro, 5 casos de lesão de plexo braquial e 32 casos de fratura de clavícula ocorreram em fetos com menos de 4000 g sem discriminação da média de peso. Referem que a prevenção do trauma por lesão de plexo braquial é praticamente impossível, pois na população por eles avaliada ocorreram mais casos em fetos com menos de 4000g.

É válida a conduta de discutir os riscos e benefícios com a paciente sobre a indicação da cesariana em fetos com peso estimado maior que

4000 g. Não é possível afirmar que o feto macrossômico sofrerá trauma físico decorrente de parto distócico mas o risco existe e a realização de cesariana deve ser avaliada.

A amniorrexe prematura esteve presente em 34 pacientes da amostra.

Consiste no rompimento das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto. Esta definição independe da idade gestacional em que ocorreu o evento. É consenso na literatura que após a 36^a semana a conduta é ativa, iniciando-se a indução do parto ou a cesariana imediatamente quando há contra-indicação para a indução. (ZUGAIB,2008, p.675)

A indicação de cesariana por sofrimento fetal agudo (SFA) foi evidenciada em 28 gestantes. Em nosso meio o diagnóstico foi feito por monitorização externa do feto ou pela saída de líquido meconial espesso durante o primeiro período do trabalho de parto (fase de dilatação) . Há muita crítica quanto ao uso da monitorização fetal intraparto pela alta incidência de resultados falso-positivos. As anormalidades da frequência cardíaca que aparecem mais precocemente como a taquicardia são pouco específicas

O SFA foi suspeitado pela presença de alterações da frequência cardíaca fetal como bradicardia ou desacelerações do tipo variável ou tardia pela cardiotocografia.

O sofrimento fetal agudo se caracteriza por redução brusca e intensa das trocas materno-fetais observado preferencialmente durante o trabalho de parto. Gera hipoxia, acidemia e pode culminar com danos cerebrais e óbito fetal. Pode acontecer com fetos hígidos ou com fetos previamente doentes

que já têm menor reserva de oxigênio.

As bradicardias representam importante indicação de cesariana emergencial com pouca tolerância ao seu início.

Os fetos com crescimento intra-uterino restrito quando associados a diástole zero ou reversa na artéria umbilical não toleram o parto vaginal pelo mesmo mecanismo descrito para a hipoxemia fetal crônica.

As gestações gemelares estiveram presentes em 14 pacientes da amostra.

A morbidade e mortalidade perinatal associada a gestações gemelares decorre comumente de complicações do parto vaginal.

A escolha da via de parto depende de variáveis maternas e principalmente fetais. As variáveis maternas são a paridade, a história obstétrica e a presença de intercorrências clínicas e obstétricas que freqüentemente associam-se à gestação múltipla. Nas pacientes avaliadas, 9 gestantes tinham intercorrências clínicas ou obstétricas associadas à gemelaridade como hipertensão, diabetes, oligodramnia e amniorrexe prematura e 5 pacientes não tinham outra intercorrência associada.

As variáveis fetais são o peso dos conceptos e a apresentação fetal.

O parto abdominal é indicado sempre que o primeiro gemelar estiver em apresentação não-cefálica, sempre que o segundo gemelar tiver peso estimado menor que 2.000g e quando houver discordância significativa entre os pesos estimados e o discordante maior for o segundo gemelar independente da apresentação fetal, pelo risco aumentado de distócias. Também se indica a cesariana nas gestações monoamnióticas por riscos de enovelamentos e prolapso de cordão umbilical e de colisão fetal.

Nos casos em que o primeiro e segundo gemelares estão em apresentação cefálica pode-se tentar parto vaginal mas , ocasionalmente o segundo gemelar irá requerer após o nascimento do primeiro por via transpélvica , versão com extração podálica, ou até mesmo operação cesariana (CHAVES NETTO,2004 p.800-1).

A Maternidade Escola da UFRJ faz parte de estudo multicêntrico randomizado, o "Twin Birth Study" (CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2003) que tem como proposta concluir qual é a melhor via de parto das gestações gemelares quando o primeiro gemelar estiver em apresentação cefálica.

O tempo indicado de interrupção das gestações gemelares é em torno da 38ª semana já que estudos epidemiológicos sugerem que a taxa de mortalidade perinatal aumenta após 38 semanas, similar ao aumento desta taxa de mortalidade visto em gestações únicas após 40-41 semanas. Isto acaba levando ao incremento nas taxas de cesariana antes do início do trabalho de parto, que é associado a risco aumentado de morbidade respiratória neonatal que também pode ocorrer por erro na estimativa da idade gestacional (MINAKAMI; SATO,1996; SAIRAM *et al*,2002; SOUCIE *et al*,2006)).

A infecção materna pelo HIV consiste em indicação de cesariana eletiva, com bolsa das águas íntegra,pelo risco presente de transmissão materno-infantil durante o parto pelo contato com o vírus da secreção vaginal e do sangue. Este benefício é mais evidente em pacientes com viremia elevada e contagem de CD4 baixa. Em 2 pacientes a carga viral era desconhecida e nas outras 4 pacientes havia combinação com outras

indicações, daí a opção pela via de parto abdominal.

O descolamento prematuro da placenta (DPP) é a separação completa da placenta normalmente inserida em gestações com mais de 20 semanas. A mortalidade perinatal aparece em 5 a 15% dos casos (AGUIAR e VASCONCELLOS, 2005). Pode associar-se a síndromes hipertensivas por obstruções e infartos que levam ao descolamento da placenta.

O bom prognóstico da mãe e do conceito depende de intervenção rápida e adequada. Com feto vivo indica-se a cesariana como forma de interrupção da gestação. O parto transpélvico fica reservado aos casos em que o feto está morto e o nascimento se anuncia devido a hiperatividade uterina.

Apesar de muitas malformações fetais não constituírem em indicação absoluta de cesariana, é comum a marcação eletiva em serviço público de modo a programar o tratamento pós-natal com o especialista, cardiologista pediátrico, cirurgião pediátrico, etc.

A doença hemolítica perinatal é doença do feto e recém-nascido decorrente da agressão provocada por anticorpos da mãe contra antígenos presentes nas hemácias do conceito. O melhor tratamento é a interrupção da gestação após 34 semanas pois assim se elimina a passagem de anticorpos *anti-Rh* ao organismo fetal. (LENZA & CHAVES NETTO, 2004 p.259 e 265). No caso da paciente analisada era uma gestação de 34 semanas.

Em relação à presença das complicações maternas verificou-se que dentre as 9 pacientes, que representaram 2,8% da amostra, 5 das complicações descritas foram em cesarianas de emergência.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obstetrícia tem como um dos objetivos o parto vaginal com mãe e recém-nascido saudáveis.

O respeito às indicações das cesarianas torna-as necessárias independentes de quais sejam o seu percentual. Desta forma se tem a melhor abordagem para mãe e filho já que os dois são indissociáveis. Segundo DIETZ *et al* (2006), o planejamento do parto, seja ele por qualquer das vias e o conhecimento prévio do possível desfecho ameniza fatores que provoquem ansiedade materna que é prejudicial para o vínculo mãe-bebê.

Segundo WINNICOTT (1956/1983), pediatra e psicanalista inglês, a mãe desenvolve estado muito especial que chamou de *Preocupação Materna Primária*. Conceito por ele introduzido, que envolve a capacidade da mãe identificar-se com o bebê e a dependência do bebê com relação à mãe. É essencial para a mãe assumir o seu bebê e para a formação deste bebê como indivíduo.

Esta condição gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no final da gravidez;

Continua por algumas semanas depois do nascimento da criança;

Não é facilmente recordada, uma vez tendo a mãe se recuperado dela...

É uma sensibilidade adquirida que faz com que a mãe sinta como se estivesse no lugar do bebê e assim possa responder às suas necessidades.

Oferecer à mãe amparo e segurança na vigência de intercorrências que surgem durante a sua gestação principalmente próximo ao termo pode ser fundamental para que sua *Preocupação Materna Primária* se desenvolva adequadamente. Esta segurança muitas vezes é oferecida por meio da

garantia de que a gestação será interrompida e o parto será antecipado por meio da cesariana caso não haja condições favoráveis ao parto vaginal. Considerando que todos os diagnósticos foram corretos e indicaram a interrupção da gestação por cesariana para evitar possível dano materno e/ou perinatal; que a literatura mostra dados em que a conduta de outros serviços é mais conservadora e que conforme as taxas de cesariana aumentam menores é o impacto sobre os efeitos adversos que norteiam as indicações, tais como toco-traumatismos, anóxia intraparto e morte perinatal.

Devemos pensar: Quanto vale cada morte perinatal ou seqüelas a longo prazo evitadas? Será o preço de algumas cesarianas muito alto?

Pela incidência elevada de indicações dependentes de método propedêuticos como a oligodramnia, a macrossomia fetal e o sofrimento fetal crônico é importante manter o aprimoramento e a capacitação dos profissionais do setor de Medicina Fetal já que a partir destes são tomadas medidas irreversíveis como o momento e a via de interrupção da gestação.

CONCLUSÕES

- ↓ Os resultados perinatais foram bons e atestados pelos índices de Apgar.
- ↓ A incidência de complicações maternas foi baixa.
- ↓ Presença de cicatriz uterina prévia, na maioria das vezes por cesariana em gestação anterior foi a indicação mais freqüentemente observada.
- ↓ A oligodramnia, as síndromes hipertensivas, o sofrimento fetal agudo e o sofrimento fetal crônico são indicações compatíveis com o perfil da população atendida.
- ↓ As distocias e a macrossomia também estão relacionados á diabetes gestacional, patologia esta para a qual a ME-UFRJ é referência na rede pública.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, R.M.de; VASCONCELLOS, M.J.A. Descolamento Prematuro da Placenta. In: CHAVES NETTO, H.e SÁ, R.A.M.de .Obstetrícia Básica.2 ed.São Paulo:Atheneu,2007 p.271-5.

ANDERSOM G.M.; LOMAS, J. Determinants of the increasing cesarean birth rate. N Engl J Med 1984;311(14):887-92

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE.Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança.Disponível em < <http://www.saude.gov.br/pnds/2006> > Acesso em 14 out.2008.

BRASIL ,Ministério da Saúde. Portaria Interministerial no 2400, de 2 de outubro de 2007.**Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília,DF,3 out.2007.Seção 1 p.102

CANADIAN INSTITUTE OF HEALTH RESEARCH,Twin birth study, 2003. Disponível em <<http://www.controlled-trials.com/ISRCIN74420086>.Acesso em 09 jun 2009.

CHAVES NETTO, H em Obstetrícia Básica – São Paulo: Editora Atheneu,2004. 890p.

CHAVES NETTO,H.;BORNIA,R.G.;AMIM JÚNIOR,J. Protocolos Assistenciais Maternidade -Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.Rio de Janeiro: [s.n.],2005.154 p.

CHAUHAN, S.P.;COWAN, B.D.; MAGANN, E.F.;ROBERTS, W.E.; MORRISON, J.C.; MARTIN JUNIOR, J.N. Intrapartum Amniotic Fluid Index.A poor diagnostic test for adverse perinatal outcome. J Reprod Med 1996;41(11):860-6.

CENTRO LATINO AMERICANO DE PERINATOLOGIA.Sistema Informativo Perinatal.Salud Perinatal 2(8),1987.

CREMERJ.Parecer Nº 190/2008

CUNNINGHAM, F.G.; LEVENO,K.J.; BLOOM, S.L.;HAUTH, J.C.;GILSTRAP III, L.C.; WENSTRON K.D. Caesarean delivery and peripartum hysterectomy. In: Williams obstetrics.22 ed. New York:McGraw-Hill,2005 p.587-606

DIAS, M.A.B., DESLANDES, S. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública.2004; 20(1):109-116.

DIETZ,H.P.;LANZARONE,V.;SIMPSON,J.M. Predicting operative delivery. Ultrasound Obstet Gynecol 2006;27(4):409-15

FIGO.FIGO statement on cesarean section,2007.Disponível em: <<http://www.figo.org/caesarean> >.Acesso em 20 Nov.2008.

GONEN, R.,SPIEGEL,D.,ABEND,M. Is macrosomia predictable, and are shoulder dystocia and birth trauma preventable? *Obstet Gynecol* 1996;88(4pt1): 526-9

HILLAN,E.M. Cesarean Section:Historical background. *Scot Med J* 1991; 36:150-154

LEVENO, K.J. Rising cesarean delivery and preterm birth rates.*Obstet Gynecol* 2008;111(4):810-1

LENZA,G.F.; Chaves Netto,H.Doença hemolítica perinatal.In: CHAVES NETTO, H. *Obstetrícia Básica – São Paulo:Atheneu,2004.p.259-68*

MATIJASEVICH,A.;SANTOS,I.S;BARROS,A.J.;MENEZES,A.M.;ALBERNAZ, E.P.;BARROS,F.C.Mortalidade perinatal em três coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenças.*Cad. Saúde Pública*.2008;24 Suppl 3:S399-S408.

MARTEL,M.J, MAC KINNON C.J.Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2004;26(7):660-83;quiz684-6

MARTEL,M.J;MAC KINNON C.J.Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;27(2):164-88

MINAKAMI, H.,SATO,I.Reestimating date of delivery in multifetal pregnancies. *J Am Med Assoc* 1996;275:1432-4

NOMURA R.M.Y., ALVES E.A. e ZUGAIB M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):9-15

O'DRISCOLL K.; FOLEY M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. *Obstet & Gynecol*,61(1):1-5,1983.

REYNOLDS A.;AYRES DE CAMPOS D.;COSTA M.A.;SANTOS C.;CAMPOS I; MONTENEGRO, N.Influência de três medidas organizativas na redução da taxa de cesarianas de um hospital de apoio perinatal diferenciado.*Acta Med Port* 2004;17(3):193-8

SCHMIDT,P.;REZENDE,J.de. Apresentações anômalas. In:Obstetrícia.10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.p.1111-1122.

REZENDE J.de.Operação cesariana.In:REZENDE,J.de.Obstetrícia.6 ed: Guanabara Koogan,1991.p.894-942

SAIRAM,S.;COSTELOE,K.;THILAGANATHAN,B.Prospective risk of stillbirth

in multiple gestation pregnancies:a population based analysis. *Obstet Gynecol* 2002;100(4):638-41

SOUKIE,J.E.;YANG,Q.;WEN,S.W.;FUNG,K.;WALKER,M.Neonatal mortality and morbidity rates in term twins with advancing gestacional age.*Am J Obstet Gynecol* 2006;195(1):172-7

SOUTO, J.C.S.;CARDOZO, S.E.;SCHWARTZ, I.V. ;PASSOS, E.P. Cesariana e parto vaginal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 1988. *J Bras Ginecol*, 1993; 103(8):297-301

TRAJANO, A.J.B.;SOUZA,F.M. Operação cesariana.In: CHAVES NETTO,H. *Obstetrícia Básica*.São Paulo:Atheneu,2004.p.843-50.

TRAJANO, A.J.B.;SOUZA,F.M. Operação cesariana.In:CHAVES NETTO,H.; SÁ,R.A.M.de. *Obstetrícia Básica*.2 ed. São Paulo: Atheneu,2007.p.899-906.

WINNICOTT,D. (1956). Preocupação materna primária In: *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro:Ed.Francisco Alves,1988.p.491-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;326(8452):436-7.

ZUGAIB,M.(Ed.)- *Zugaib obstetrícia*.São Paulo: Manole,2008.1228 p.

FONTES CONSULTADAS

UFRJ.Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses.3ed.Rio de Janeiro:UFRJ,2004.

FONTES CONSULTADAS

UFRJ. Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses. 3ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Maternidade-Escola
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 19 de maio de 2009.

Informamos a V. S^ª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CEP/ME-UFRJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ME-UFRJ - Nº. 05/2009
CAAE: 0006.0.361.000-09

Título do Projeto: *“Análise Crítica das Indicações da Operação Cesariana na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio De Janeiro”*

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Karina Bilda De Castro Rezende

Instituição onde o trabalho de campo se realizará: Maternidade Escola da UFRJ

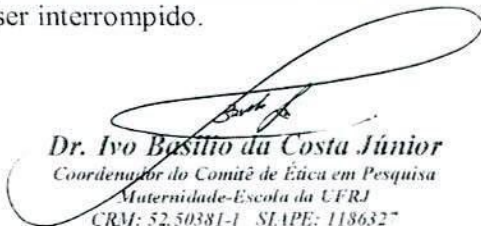
Data de recebimento no CEP/ME-UFRJ: 28/04/2009

Data de apreciação: 06/05/2009

Parecer do CEP/ME-UFRJ: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, que o CEP/ME-UFRJ deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças no método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso, o mesmo venha a ser interrompido.


Dr. Ivo Basílio da Costa Júnior
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Maternidade-Escola da UFRJ
CRM: 52.50381-1 SIAPE: 1186327