



# **MEDIDAS PARA REDUZIR A TAXA DE CESARIANAS NA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL**



**COMISSÃO PARA A REDUÇÃO  
DA TAXA DE CESARIANAS DA ARS NORTE, I.P.**

---

**Diogo Ayres de Campos (Porto)  
José Manuel Furtado (Guimarães)  
Maria Rui Crisóstomo (Braga)  
Rui Carrapato (Santa Maria da Feira)  
Emília Cunha (Vila Nova de Gaia)  
Márcia Fontes da Conceição (Porto)**

## FICHA TÉCNICA

## **ÍNDICE**

- O1. TAXAS DE CESARIANAS EM PORTUGAL E NOUTROS PAÍSES**
- O2. RISCOS DA CESARIANA COMPARATIVAMENTE AO PARTO VAGINAL**
- O3. ASPECTOS DO FINANCIAMENTO RELACIONADOS COM A CESARIANA**
- O4. PRINCIPAIS MOTIVOS DE CESARIANA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS**
- O5. SUSPEITA DE INCOMPATIBILIDADE FETO-PÉLVICA/TRABALHO DE PARTO ESTACIONÁRIO**
- O6. ESTADO FETAL NÃO TRANQUILIZADOR**
- O7. CESARIANA POR APRESENTAÇÃO PÉLVICA**
- O8. INDUÇÃO FRUSTRADA DE TRABALHO DE PARTO**
- O9. PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA**

# RESUMO

---

Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesarianas e estima-se que em 2009 tenham ocorrido na região norte mais de 36% de nascimentos por cesariana. À excepção da Itália e provavelmente da Grécia, todos os restantes países europeus têm uma taxa de cesarianas que não ultrapassa os 30% e vários têm uma taxa inferior a 20% (Capítulo 1). Os países desenvolvidos que têm taxas de cesarianas mais baixas são também aqueles que apresentam os valores de mortalidade materna e perinatal mais baixos (Capítulo 1).

A cesariana envolve riscos adicionais de morbilidade e mortalidade maternas, decorrentes sobretudo de uma maior incidência de complicações tromboembólicas, hemorrágicas, infecciosas e de placentação anormal em gestações subsequentes (Capítulo 2). A forma de cálculo dos custos associados à cesariana é muito variável, mas é geralmente aceite que a cesariana tem mais custos que o parto vaginal (Capítulo 3).

A comissão avaliou as taxas e os motivos de cesariana em cinco hospitais da região norte no último trimestre de 2009. Houve grande dificuldade na obtenção destes números nos diversos hospitais e uma grande divergência na classificação utilizada para os motivos das cesarianas (Capítulo 4). Não existe uma informatização estandardizada dos dados obstétricos nos hospitais públicos da zona norte, nem um consenso sobre a classificação dos motivos de cesariana. Apesar destas dificuldades identificaram-se quatro principais motivos: o trabalho de parto estacionário/suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, o estado fetal não tranquilizador, a apresentação pélvica e a tentativa frustrada de indução do trabalho de parto (Capítulo 4).

# MEDIDAS PROPOSTAS

A comissão propõe as seguintes 10 medidas para reduzir a taxa de cesarianas:

1. A divulgação para os profissionais de saúde e para o público em geral, dos riscos da cesariana, dos riscos da indução do trabalho de parto e dos benefícios do parto vaginal após uma cesariana.
2. A implementação de um programa informático único para registo hospitalar dos dados perinatais, com uma classificação uniforme dos motivos de cesariana e que permita a exportação automática de alguns indicadores perinatais para a ARS Norte (Capítulo 4).
3. A divulgação pública anual pela ARS Norte da taxa de cesarianas de cada centro hospitalar, juntamente com a taxa de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais por “encefalopatia hipóxico-iscuémica”.
4. A revisão do preço do GDH associado ao parto vaginal, de forma a torná-lo semelhante ao da cesariana. A alteração da tabela de preços base da Ordem dos Médicos, de forma a atribuir um valor semelhante ao parto vaginal e à cesariana.
5. A adopção de medidas de financiamento de hospitais públicos que incorporem uma componente importante indexada à taxa de cesarianas (Capítulo 3).  
Taxa de cesarianas <25,0% = valor x  
Taxa de cesarianas 25,0% - 27,5% = 0,75 x valor x  
Taxa de cesarianas 27,5% - 30,0% = 0,50 x valor x  
Taxa de cesarianas 30,0% - 32,5% = 0,25 x valor x  
Taxa de cesarianas >32,5% = sem financiamento
6. A implementação nos diversos hospitais da técnica de electrocardiografia fetal (Capítulo 6).
7. A promoção de medidas nos diversos hospitais que permitam a disponibilidade permanente de um Bloco Operatório dedicado à Obstetrícia na proximidade do Bloco de Partos (capítulos 3, 6 e 9), que a versão cefálica externa seja aconselhada por rotina a todas as grávidas com o feto em apresentação pélvica às 36 semanas de gestação (Capítulo 7), que não sejam realizadas induções do trabalho de parto a termo sem motivos de saúde antes das 41 semanas de gestação (Capítulo 8), que o parto vaginal após uma cesariana seja considerado uma opção preferencial em situações bem definidas (Capítulo 9); que exista uma auditoria interna regular às cesarianas, realizada com a participação da Neonatologia (Capítulos 5, 6, 7, 8 e 9).
8. O desenvolvimento de normas de orientação clínica de âmbito nacional sobre os seguintes temas: sistematização dos motivos de cesariana (Capítulo 4); definição de trabalho de parto estacionário e de suspeita de incompatibilidade feto-pélvica (Capítulo 5); análise e decisão clínica com base na cardiotocografia (Capítulo 6); colheita de sangue umbilical para gasimetria (Capítulo 6); versão cefálica por manobras externas (Capítulo 7);

motivos e métodos de indução do trabalho de parto (Capítulo 8); indicações e cuidados a respeitar na tentativa de parto vaginal após uma cesariana (Capítulo 9).

9. O desenvolvimento de uma política de remunerações médicas que inclua indicadores de desempenho individual, nos quais deverá ser englobada a taxa de cesarianas. A existência de uma política de remunerações mais atraente, que leve a uma maior fixação dos médicos às instituições públicas, reduzindo assim eventuais conflitos de interesse com a medicina privada.

10. Implementação de cursos regulares de treino dos profissionais de saúde na interpretação de traçados cardiotocográficos e electrocardiográficos (Capítulo 6), na execução da versão cefálica externa (Capítulo 7) e na resolução de emergências obstétricas intraparto (Capítulo 9).

## IMPLEMENTAÇÃO

A comissão sugere que a divulgação destas medidas seja realizada numa reunião onde estejam presentes os seguintes elementos de todos os hospitais da região norte com cuidados obstétricos: representantes dos Conselhos de Administração, Directores do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Enfermeiros-Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Directores do Bloco de Parto (Médicos e Enfermeiros), Directores do Serviço de Neonatologia, Directores do Serviço de Anestesia ou responsável de Anestesia do Bloco de Partos. Para esta reunião deveriam também ser convidados representantes da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, do Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos, da Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, da Sociedade Portuguesa de Anestesia e da Secção Norte da Ordem dos Enfermeiros.

Os elementos da Comissão estão disponíveis para dar qualquer apoio considerado necessário para implementação destas medidas e, se necessário, para a divulgação desta iniciativa nos hospitais da região norte.

As medidas 1 a 5 correspondem sobretudo a iniciativas da ARS Norte.

As medidas 6, 7 e 9 são medidas estratégicas a adoptar pelos Conselhos de Administração e pelas Direcções Hospitalares, cuja fundamentação se encontra documentada nos capítulos seguintes.

A medida 8 necessita de ser concretizado em conjunto com a a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal.

As medidas 4 e 10 necessitam de ser concretizado em conjunto com o Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos.

Por fim, a comissão gostaria de salientar as vantagens de estas iniciativas conducentes à redução da taxa de cesarianas não ficarem limitadas à região norte, mas poderem decorrer a nível nacional.

# 01.

## TAXAS DE CESARIANAS EM PORTUGAL E NOUTROS PAÍSES

### TAXA DE CESARIANAS EM PORTUGAL

Os últimos dados oficiais sobre a taxa global de cesarianas em Portugal datam de 2007, altura em que atingiu os 34,8% 1. Dados referentes apenas aos hospitais públicos nacionais, apontam para uma taxa de cesarianas em 2007 de 32,4%, em 2008 de 32,6% e em 2009 de 33,2% 2. Esta ligeira tendência crescente da taxa de cesarianas nos hospitais públicos, juntamente com o aumento do número de partos em hospitais privados, onde a taxa global de cesarianas em 2005 atingiu os 65,9% 3, leva a crer que a taxa global de cesarianas em 2009 tenha rondado os 36%.

A região norte tem tido nos últimos anos as taxas de cesarianas mais altas do país 2,4. Nos hospitais públicos da região norte, em 2007, 2008 e 2009, contabilizaram-se respectivamente 35,8%, 35,4% e 35,7% de cesarianas, 2. Estes números foram apenas ultrapassadas pela região de saúde do Alentejo em 2009, com 37,1% de cesarianas 2. Alguns hospitais públicos da região norte, como o CH do Médio Ave, CH do Nordeste, CH do Porto, CH da Póvoa do Varzim/Vila do Conde, CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, ULS Matosinhos têm apresentado, nos últimos três anos, uma taxa de cesarianas acima dos 40% 2. Apenas dois hospitais públicos da região norte tiveram nos últimos três anos taxas de cesarianas abaixo dos 30%, o CH do Tâmega e Sousa e o Hospital de S. João 2. Este último é um hospital de cuidados perinatais diferenciados, centro de referência da região norte para a patologia fetal cardíaca, sendo ainda um dos centros de referência para a patologia fetal cirúrgica.

### BIBLIOGRAFIA

1. Alto Comissariado da Saúde. Indicadores actuais do PNS. Outubro 2008. <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/10/mcm-curia-out2008.pdf> (acedido em 27 Abril 2010).
2. Fonte: ARS Norte.
3. Entidade Reguladora da Saúde. Relatório sobre o estudo técnico de caracterização dos prestadores não públicos de cuidados de saúde com centros de nascimento. Junho 2007. <http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/824999.pdf> (acedido em 27 Abril 2010).
4. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde 1999, 2002.
5. Betrán, AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, van Look P, Wagner M. Rates of cesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paed Perinat Epidemiol* 2007;21:98-113.
6. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichkul S, Ruyan P, Attygalle DE, Shrestha N, Mori R, Nguyen DH, Hoang TB, Rathavy T, Chuyun K, Cheang K, Festin M, Udomprasertgul V, Germar MJ, Yanqui G, Roy M, Carroli G, Ba-Thike K, Filatova E, Villar J; World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet* 2010;375(9713):490-9.
7. Gyarmati B, Vászárhelyi B, Treszl A. Obstetricians' professional experience and risk of cesarean section in uncomplicated pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(1):156-7.
8. NTC Watch. NHS Maternity Statistics England 2008/09. October 2009. <http://nctwatch.wordpress.com/2009/10/30/nhs-maternity-statistics-england-200809> (acedido em 12 Abril 2010).
9. National Vital Statistics Reports 2009;57(12):3.
10. OECD Indicators - Health at a Glance 2009. OCDE Press 2009:105.
11. Ministério da Saúde, Brasil. Parto Humanizado e seguro. Saúde Brasil 2006;117:4-5.
12. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, Lopez AD, Lozano R Murray CJL. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010;375:1609-23.
13. World Health Organisation. Neonatal and Perinatal Mortality: country, regional and global estimates. WHO Press, 2006. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf) (acedido a 27 Abril 2010).
14. Alto Comissariado da Saúde. Indicadores e metas do PNS, 2008. <http://www.acs.min-saude.pt/pns/nascer-com-saude/mortalidade-perinatal/> (acedido a 27 Abril 2010).

### TAXAS DE CESARIANAS NOUTROS PAÍSES

As taxas de cesarianas em Portugal e noutros países estão expostas no Quadro I, juntamente com a mortalidade materna e perinatal de cada um.

Portugal é um dos países europeus com maior taxa de cesarianas, tendo sido ultrapassado em 2007 apenas pela Itália. Todos os restantes países europeus têm uma taxa de cesarianas que não ultrapassa os 30% e vários têm uma taxa inferior a 20%. De referir que a Grécia não disponibiliza há vários anos as taxas de cesariana praticadas no país, havendo algumas indicações de que estas se possam situar acima dos 40%.

Da análise do Quadro I é também possível concluir que os países desenvolvidos com taxas de cesarianas mais baixas são aqueles que apresentam os valores de mortalidade materna ou mortalidade perinatal mais baixos, embora não seja possível extrair qualquer relação causa-efeito desta análise.

**QUADRO I.**

Taxas de cesarianas, mortalidade materna e mortalidade fetal em diversos países, de acordo com os dados oficiais disponíveis mais recentes. Países ordenados pela ordem decrescente da taxa de cesarianas.

<b>País</b>	<b>Taxa cesarianas</b>	<b>Ano</b> <sup>Referência</sup>	<b>Mortalidade Materna</b>	<b>Ano</b> <sup>Referência</sup>	<b>Mortalidade Perinatal</b>	<b>Ano</b> <sup>Referência</sup>
China	46,2%	2007/2008 <sup>6</sup>	40	2008 <sup>12</sup>	35	2000 <sup>13</sup>
Brasil	40,0%	2006 <sup>11</sup>	55	2008 <sup>12</sup>	20	2000 <sup>13</sup>
México	39,9%	2007 <sup>10</sup>	52	2008 <sup>12</sup>	22	2000 <sup>13</sup>
Itália	39,7%	2007 <sup>10</sup>	4	2008 <sup>12</sup>	5	2000 <sup>13</sup>
Turquia	36,0%	2007 <sup>10</sup>	58	2008 <sup>12</sup>	36	2000 <sup>13</sup>
Portugal	34,8%	2007 <sup>1</sup>	10	2008 <sup>12</sup>	4	2008 <sup>14</sup>
Estados Unidos América	31,8%	2007 <sup>9</sup>	17	2008 <sup>12</sup>	7	2000 <sup>13</sup>
Austrália	30,7%	2007 <sup>10</sup>	5	2008 <sup>12</sup>	6	2000 <sup>13</sup>
Suíça	30,0%	2007 <sup>10</sup>	7	2008 <sup>12</sup>	6	2000 <sup>13</sup>
Alemanha	28,5%	2007 <sup>10</sup>	7	2008 <sup>12</sup>	6	2000 <sup>13</sup>
Hungria	27,0%	2008 <sup>7</sup>	7	2008 <sup>12</sup>	10	2000 <sup>13</sup>
Canadá	26,3%	2007 <sup>10</sup>	7	2008 <sup>12</sup>	6	2000 <sup>13</sup>
Espanha	26,0%	2007 <sup>10</sup>	7	2008 <sup>12</sup>	6	2000 <sup>13</sup>
Irlanda	24,6%	2007 <sup>10</sup>	6	2008 <sup>12</sup>	9	2000 <sup>13</sup>
Reino Unido	24,6%	2009 <sup>8</sup>	8	2008 <sup>12</sup>	8	2000 <sup>13</sup>
Áustria	24,4%	2007 <sup>10</sup>	6	2008 <sup>12</sup>	7	2000 <sup>13</sup>
Nova Zelândia	22,8%	2007 <sup>10</sup>	8	2008 <sup>12</sup>	6	2000 <sup>13</sup>
Dinamarca	21,4%	2007 <sup>10</sup>	9	2008 <sup>12</sup>	8	2000 <sup>13</sup>
França	20,8%	2007 <sup>10</sup>	10	2008 <sup>12</sup>	7	2000 <sup>13</sup>
Polónia	20,6%	2007 <sup>10</sup>	7	2008 <sup>12</sup>	8	2000 <sup>13</sup>
República Checa	19,6%	2007 <sup>10</sup>	7	2008 <sup>12</sup>	4	2000 <sup>13</sup>
Bélgica	17,8%	2007 <sup>10</sup>	9	2008 <sup>12</sup>	6	2000 <sup>13</sup>
Israel	17,7%	2002 <sup>5</sup>	6	2008 <sup>12</sup>	8	2000 <sup>13</sup>
Suécia	16,4%	2002 <sup>5</sup>	5	2008 <sup>12</sup>	5	2000 <sup>13</sup>
Finlândia	16,0%	2007 <sup>10</sup>	7	2008 <sup>12</sup>	6	2000 <sup>13</sup>
Noruega	15,9%	2007 <sup>10</sup>	8	2008 <sup>12</sup>	6	2000 <sup>13</sup>
Holanda	14,0%	2007 <sup>10</sup>	8	2008 <sup>12</sup>	8	2000 <sup>13</sup>

# O2.

## RISCOS DA CESARIANA COMPARATIVAMENTE AO PARTO VAGINAL

Embora os riscos inerentes a todos os tipos de parto tenham vindo a diminuir nas últimas décadas, é necessário considerar uma percentagem de complicações, independentemente das boas práticas. O parto vaginal continua a ter uma menor incidência de complicações e de menor gravidade do que a cesariana. Num estudo efectuado na Finlândia entre 1997 e 2002 a morbidade materna global por cada 1000 nascimentos foi de 4,0-5,2 para o parto vaginal, 9,9-12,1 para a cesariana electiva e 19,6-27,2 para a cesariana urgente 1.

As complicações da cesariana podem ser de causa obstétrica, cirúrgica ou anestésica, com consequências para a mãe e para o recém-nascido. O risco de complicações tromboembólicas e de hemorragia pós-parto são de longe os mais preocupantes pela sua frequência e gravidade (Quadro II) 2-5.

O risco de embolia de líquido amniótico parece também estar aumentado na cesariana, embora seja uma complicação rara. Outros riscos major da cesariana são as infeções puerperais e as complicações da ferida operatória 6-8. O risco anestésico na cesariana tem vindo a diminuir nas últimas décadas com a maior utilização de técnicas regionais e a crescente diferenciação dos anestesistas nesta área. Contudo, mesmo as técnicas loco-regionais têm riscos acrescidos na cesariana comparativamente com o parto vaginal – maior incidência de hipotensão marcada (menor tolerância a perdas hemorrágicas importantes), bloqueio total com necessidade de intubação e maior probabilidade de bloqueio incompleto com necessidade de recurso a anestesia geral. Esta última envolve um risco acrescido de intubação difícil, aspiração de vômito, hipóxia fetal e hipotonia neonatal. Está bem demonstrado que as técnicas de analgesia do parto não aumentam a taxa de cesarianas 9.

Do ponto de vista fetal, a cesariana electiva não precedida de trabalho de parto, sobretudo quando realizada antes das 39 semanas, está associada a maior incidência de dificuldade respiratória no período neonatal 10, particularmente nas grávidas com diabetes mal controlada. Existe alguma evidência de que a cesariana se traduz numa insuficiente colonização do tracto gastro-intestinal do recém-nascido com repercussões nutricionais e um risco acrescido de infeções gastro-intestinais nos primeiros meses de vida 11. A amamentação é frequentemente retardada e/ou substituída pela administração de fórmulas lácteas, potenciais responsáveis por fenómenos de intolerância às proteínas do leite de vaca (“primming”) de consequências, por vezes, gravíssimas na infância. 12.

	Cesariana	Parto vaginal
Lesão vesical	1	0,03
Lesão ureteral	0,3	0,01
Histerectomia	8	0,1-0,2
Tromboembolismo	0,4-1,6	0,1-0,4
Admissão em cuidados intensivos	9	1
Mortalidade materna	0,082	0,017
Re-internamentos após a alta	53	22
Placenta prévia em gravidez posterior	4-7	2-5
Ruptura uterina em gravidez posterior	4	0,1
Dor perineal	20	50
Incontinência urinária pós-parto	45	73
Prolapso uterino	50	100

### BIBLIOGRAFIA

1. National Institute for Health and Clinical Excellence – Published clinical guidelines for caesarean section – Abril 2004.
2. Morris JM, Algert CS, Roberts CL. Incidence and risk factors for pulmonary embolism in the postpartum period. *J Thromb Haemost* 2010 Feb 1. [Epub ahead of print].
3. Kainer F, Hasbargen U. Emergencies associated with pregnancy and delivery: peripartum hemorrhage. *Dtsch Arztebl Int* 2008;105:629-38.
4. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2010;115:637-44.
5. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 2007;176:455-60.
6. Machado-Junior LC, Sevrin CB, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC, Marcolin M, Caruso P, Awada PF, Giunta RZ, Munhoz W, Sancovski M, Peixoto S. Association between mode of delivery and maternal complications in a public hospital in greater metropolitan São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009;25:124-32.
7. Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87:662-8.
8. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstet Gynecol* 2003;102:477-82.
9. FuZhou W, XiaoFeng S, XiRong G, YuZhu P, XiaoQi G. Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery. *Anesth* 2009;111:871-80.
10. Wilimink FA, Hukkelhoven CW, Lunshof S, Mol BW, van der Post JA, Papatsonis DN. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:250.e1-8.
11. Maayan-Metzger A, Itzhak A, Mazkereth R, Kuint J. Necrotizing enterocolitis in full-term infants: case-control study and review of the literature. *J Perinatol* 2004;24:494-9.
12. Bodner K, Wierrani F, Grünberger W, Bodner-Adler B. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch Gynecol Obstet* 2010 May 27. [Epub ahead of print].



# 03.

## ASPECTOS DO FINANCIAMENTO RELACIONADOS COM A CESARIANA

### CUSTOS DA CESARIANA COMPARATIVAMENTE AO PARTO VAGINAL

Os métodos utilizados para estimar os custos das diferentes formas de nascimento são muito divergentes, mas a maioria dos artigos descreve um custo significativamente superior associado ao parto por cesariana 1,2.

### ASPECTOS DO FINANCIAMENTO EM HOSPITAIS PÚBLICOS

Nos hospitais públicos o financiamento das instituições é baseado em grupos de diagnóstico homogêneo (GDH). Para os utentes do Sistema Nacional de Saúde (SNS) é obtido previamente um preço padrão de GDH, onde existem apenas distinções entre GDH cirúrgicos e médicos, e GDH programados e urgentes. Para os utentes que possuem subsistemas de saúde aplica-se o preço do respectivo GDH. O parto vaginal gera um GDH médico, com um financiamento penalizador para a instituição em duas vertentes: primeiro porque gera um valor inferior à cesariana; e segundo porque a dois anos, o número de partos vaginais influencia negativamente o “índice de casemix” do hospital, com nova penalização no financiamento global.

De forma a reduzir os custos atribuídos ao Bloco de Partos, algumas instituições não incluem uma sala operatória no interior ou na contiguidade deste espaço. Para além de constituir um risco acrescido para os nascimentos, esta atitude leva directamente a um aumento da taxa de cesarianas, pois a decisão médica passa forçosamente a contar com um tempo adicional de transporte da grávida para outro local e com a contingência da falta de disponibilidade da sala operatória. A existência de um Bloco Operatório permanentemente disponível para cirurgias obstétricas urgentes não implica necessariamente maiores custos com pessoal, já que está habitualmente assegurada a disponibilidade permanente de um anestesista no Bloco de Partos para a analgesia do parto e é geralmente possível a mobilidade e partilha de recursos dos obstetras e pessoal de enfermagem.

O pagamento aos profissionais de saúde em hospitais públicos está sobretudo dependente da relação jurídica de emprego que cada instituição mantém com os seus colaboradores. A maior flexibilidade que tem existido nos regimes de contratação do pessoal, por um lado permite a aplicação de incentivos para se atingirem metas de produtividade, mas estando sujeita às leis do mercado, tem levado à necessidade de contratações muito díspares, com vencimentos perfeitamente distintos para profissionais com a mesma qualificação a efectuar o mesmo trabalho. Seria útil que a política de vencimentos premiasse, para além da assiduidade e da produtividade, também indicadores de desempenho (como a taxa de cesarianas individual). Por outro lado, sistemas de remunerações mais atraentes poderão determinar uma maior fixação dos médicos às instituições, diminuindo conflitos de interesse com a medicina privada, que parecem estar na base de uma taxa de cesarianas elevada 3.

### BIBLIOGRAFIA

01. Allen VM, O'Connell CM, Farrell SA, Baskett TF. Economic implications of method of delivery. Am J Obstet Gynecol 2005;193:192-7.
02. Petrou S, Glazener C. The economic costs of alternative modes of delivery during the first two months postpartum: results from a Scottish observational study. BJOG 2002;109:214-7.
03. Mossialos E, Allin S, Karras K, Davaki K. An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. Eur J Public Health 2005;15:288-95.

### ASPECTOS DO FINANCIAMENTO EM HOSPITAIS PRIVADOS

Nos hospitais privados o financiamento das instituições e o pagamento dos profissionais de saúde é diverso, dependente essencialmente, do tipo de cliente em causa (privado, seguradora ou convencionado), merecendo cada acto médico normalmente uma negociação, que tem por base a tabela da Ordem dos Médicos ou a tabela do SNS. Na tabela da Ordem dos Médicos ao parto vaginal é atribuído um preço base consideravelmente mais baixo do que à cesariana.

O parto por cesariana implica, em média, cerca de uma hora de trabalho médico. Pelo contrário, o trabalho de parto e o parto vaginal pode ocupar uma equipa médica e de enfermagem da especialidade durante mais de 8 horas. Este factor económico 3, associado à falta de disponibilidade permanente dum bloco operatório para cesarianas urgentes, condiciona o incremento da taxa de cesarianas em alguns hospitais privados.

### RECOMENDAÇÕES

O parto vaginal necessita de ser considerado um acto médico-cirúrgico complexo, pelo dispêndio de horas que envolve, pelo número e diferenciação dos intervenientes e pelo grau de complexidade dos procedimentos técnicos aplicados, gerando um GDH semelhante ao da cesariana.

O financiamento dos hospitais públicos deve incorporar uma componente relevante indexada à taxa de cesarianas da instituição. Sugere-se um esquema com intervalos de percentagens, os quais geram prémios financeiros:

Taxa de cesarianas < 25,0% = valor x

Taxa de cesarianas 25,0% - 27,5% = 0,75 x valor x

Taxa de cesarianas 27,5% - 30,0% = 0,50 x valor x

Taxa de cesarianas 30,0% - 32,5% = 0,25 x valor x

Taxa de cesarianas >32,5% = sem financiamento

A alteração da tabela Ordem dos Médicos, de forma a atribuir um preço base semelhante ao parto eutócico e à cesariana.

O desenvolvimento pelos Conselhos de Administração hospitalares de uma política de remunerações que inclua indicadores de desempenho individual, nos quais deverá ser englobada a taxa de cesarianas. Seria útil também a existência de uma política de remunerações mais atraente, que leve a uma maior fixação dos médicos às instituições públicas, reduzindo assim os conflitos de interesse com a medicina privada.

# 04.

## PRINCIPAIS MOTIVOS DE CESARIANA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS

Apesar de vários esforços para classificar o grau de urgência das cesarianas 1-3 e para sistematizar os diferentes motivos de cesariana 4, não existe um sistema classificativo consensualmente aceite pela comunidade científica internacional. Em Portugal, também não existem normas de orientação de âmbito nacional para este efeito, havendo apenas um hospital com um protocolo publicado sobre o tema. 5.

Baseado nas classificações propostas pelo referido protocolo, pretendemos avaliar as principais indicações para cesariana no último trimestre de 2009 em seis hospitais da região Norte: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; Centro Hospitalar do Porto (Maternidade Júlio Dinis – Hospital de Sto. António/Hospital Maria Pia); Centro Hospitalar do Alto Ave (Guimarães); Hospital de São João, Porto; Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (S. Maria da Feira); e Hospital de Braga. O objectivo deste trabalho foi o de identificar os motivos principais para a realização de cesarianas, de forma a identificar as áreas onde a actuação poderia ser mais eficaz .

Houve grande dificuldade na obtenção destes dados nos diversos hospitais, devido à ausência de uma informatização estandardizada dos dados obstétricos e uma grande divergência nos critérios de classificação dos mesmos.

Apesar das dificuldades na obtenção de dados homogéneos existe alguma evidência de que os principais motivos de cesariana são o trabalho de parto estacionário/suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, o estado fetal não tranquilizador, a apresentação pélvica e a tentativa frustrada de indução do trabalho de parto. A cesariana realizada devido à existência de uma cesariana anterior, apesar de não estar identificada nesta amostra, afigura-se como outro provável motivo importante de cesariana.

### RECOMENDAÇÕES

É de grande importância a implementação de um programa informático único para registo hospitalar dos dados perinatais, com uma classificação uniforme dos motivos de cesariana e que permita a exportação automática de alguns indicadores perinatais para a ARS Norte. Esta solução permite a identificação imediata das taxas e motivos principais de cesariana nos diferentes hospitais.

Devem ser desenvolvidas normas de orientação clínica de âmbito nacional sobre a classificação dos motivos de cesariana.

Os principais motivos que levam à realização de cesarianas nos hospitais públicos da região norte parecem ser o trabalho de parto estacionário/suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, o estado fetal não tranquilizador, a apresentação pélvica e a tentativa frustrada de indução do trabalho de parto, ao qual provavelmente se deve adicionar a existência de uma cesariana anterior. É sobre estes que deve incidir o maior esforço de intervenção.

	Número	% do total
Incompatibilidade feto-pélvica	246	23.6%
Trabalho de parto estacionário	216	20.7%
Estado fetal não tranquilizador	209	20.0%
Apresentação pélvica	146	14.0%
Tentativa frustrada de indução do trabalho de parto	54	5.2%
Outras	172	16.5%
Total	1043	100%

### BIBLIOGRAFIA

01. Kinsella SM, Walton B, Sashidharan R, Draycott T. Category-1 caesarean section: a survey of anaesthetic and peri-operative management in the UK. *Anaesthesia* 2010;65:362-8.
02. Kinsella SM, Scrutton MJ. Assessment of a modified four-category classification of urgency of caesarean section. *J Obstet Gynaecol* 2009;29:110-3.
03. Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, Wee M, Robinson PN. Urgency of caesarean section: a new classification. *J R Soc Med* 2000;93:346-50.
04. Brennan DJ, Robson MS, Murphy M, O'Herlihy C. Comparative analysis of international cesarean delivery rates using 10-group classification identifies significant variation in spontaneous labor. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:308.e1-8.
05. Campos I. Sistematização das indicações para cesariana. In: *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (Ayres-de-Campos D, Montenegro N, Rodrigues T – eds.) 2008; Lidel, Lisboa.

# 05.

## SUSPEITA DE INCOMPATIBILIDADE FETO-PÉLVICA/TRABALHO DE PARTO ESTACIONÁRIO

### INCOMPATIBILIDADE FETO-PÉLVICA

As situações de manifesta incompatibilidade entre as dimensões da bacia óssea materna e da cabeça fetal, são extremamente raras. Está bem demonstrado que a avaliação clínica destes parâmetros é muito subjectiva, e geralmente pouco predictiva do sucesso do parto vaginal, dado que é frequente durante o trabalho de parto existir uma “moldagem” da cabeça fetal ao canal do parto e um cavalgamento das suturas e fontanelas 1,2. Nas últimas décadas foram feitas várias tentativas para objectivar o diagnóstico de “suspeita de incompatibilidade feto-pélvica” através do recurso a exames imagiológicos, mas nenhum dos métodos foi transposto com sucesso para a rotina assistencial 1. Assim, mantém-se actualmente como um diagnóstico clínico que, antes do trabalho de parto, se deve reservar para situações de manifesto desajuste entre as dimensões da bacia materna e do feto, tais como as anomalias marcadas da bacia materna, e a macrossomia fetal com bacia materna muito reduzida 3.

### TRABALHO DE PARTO ESTACIONÁRIO

As situações em que ocorre uma paragem na evolução do trabalho de parto, quer por ausência de progressão na dilatação do colo, quer por ausência de descida do feto no longo do canal do parto, denominam-se genericamente de “trabalho de parto estacionário”. Estas podem ter origem numa deficiente capacidade contráctil do útero (distócia dinâmica) ou em dificuldades mecânicas de progressão do feto através do canal do parto (distócia mecânica) 2,3. É nestas últimas que se englobam a maioria das situações de incompatibilidade feto-pélvica cujo diagnóstico é realizado durante o trabalho de parto, embora existam outras causas de distócia mecânica.

### DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO ESTACIONÁRIO

Durante muito tempo estabeleceu-se que a ausência de evolução na dilatação cervical, durante a fase activa do trabalho de parto, durante um período superior a 2 horas constituía um critério consensual de trabalho de parto estacionário 3. Este achado deveria levar a uma intervenção, a qual poderia passar pelo início de uma perfusão de ocitocina ou, se na presença de contractilidade regular e suspeita de incompatibilidade feto-pélvica, pela indicação para cesariana.

Os procedimentos loco-regionais para o alívio da dor do trabalho de parto permitiram prolongar o período de espera considerado aceitável, passando a ser aceite um intervalo até 4 horas 3. Este prolongamento aumenta a taxa de partos vaginais e não foi associado a um aumento da morbidade materna ou neonatal 3.

Na fase latente do parto, o diagnóstico de trabalho de parto estacionário é mais controverso, havendo autores que sugerem uma duração superior a 14 horas nas múltiparas e a 20 horas nas nulíparas 3. O tratamento destas situações passa sobretudo pela perfusão de ocitocina. A duração máxima do período expulsivo é actualmente bastante consensual, estabelecendo-se o limite de 1 hora para as múltiparas e 2 horas para as nulíparas, aos quais se adiciona uma hora, caso exista analgesia epidural 3.

O preenchimento cuidadoso do partograma é um elemento essencial para o diagnóstico do trabalho de parto estacionário.

### Redução das cesarianas por trabalho de parto estacionário

Num estudo recente, publicado por uma unidade de saúde nacional, as cesarianas por trabalho de parto estacionário constituíram o motivo mais frequente e foi possível no espaço de um ano reduzir esta taxa em 5 pontos percentuais, através da divulgação dos riscos associados à cesariana, da auditoria regular às cesarianas urgentes realizadas e da avaliação anual da taxa de cesarianas por equipa de urgência 4.

### RECOMENDAÇÕES

Divulgação perante os profissionais de saúde e o público em geral, dos riscos associados à cesariana.

Desenvolvimento de normas de orientação nacionais para o diagnóstico de “suspeita de incompatibilidade feto-pélvica” e “trabalho de parto estacionário”.

Implementação nos hospitais nacionais de auditorias internas regulares às cesarianas realizadas.

Divulgação anual pela ARS Norte das taxas de cesariana de cada hospital.

### BIBLIOGRAFIA

15. Hofmeyr GJ. Obstructed labor: using better technologies to reduce mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 2004;85 Suppl 1:S62-72.
16. Graça LM. *Medicina Materno-Fetal*. Lidel 2005;
17. American College of Obstetrics and Gynecology. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. *Obstet Gynecol*. 2003 Dec;102(6):1445-54.
18. Reynolds A, Ayres-de-Campos D, Costa MA, 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;17:193-8;

# 06.

## ESTADO FETAL NÃO TRANQUILIZADOR

O “estado fetal não tranquilizador” é definido pela ocorrência de eventos associados a hipóxia fetal nos exames de monitorização fetal intraparto, os quais incluem a auscultação intermitente, cardiocografia (CTG), electrocardiografia (ECG) e a colheita de sangue fetal (CSF). A expressão foi inicialmente proposta pelo American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 1, devido à preocupação que existia com a utilização incorrecta dos termos “sofrimento fetal” e “asfixia ao nascimento”. Este termo tem ainda em consideração a baixa especificidade dos exames utilizados no diagnóstico de hipóxia fetal, os quais exibem muitas vezes alterações quando os fetos se encontram bem oxigenados.

### DECISÃO PARA EFECTUAR UMA CESARIANA POR ESTADO FETAL NÃO-TRANQUILIZADOR

Na maior parte dos hospitais nacionais a decisão para a realização de uma cesariana por estado fetal não tranquilizador é baseada na análise visual do CTG, realizada por médicos especialistas em Ginecologia e Obstetria. Esta análise é complexa 2 e está sujeita a grande variação interobservador, mesmo quando realizada por clínicos experientes 3,4. A técnica apresenta ainda uma elevada sensibilidade (os fetos hipóxicos são praticamente todos identificados por exames não-normais) e uma baixa especificidade (os fetos bem oxigenados exibem frequentemente exames não-normais) 5.

Estas limitações do CTG motivaram o aparecimento de métodos complementares para o melhor esclarecimento dos casos que apresentam exames não-normais. Entre estes contam-se a CSF, o ECG fetal e a análise computadorizada dos sinais CTG+ECG. Existe alguma evidência indirecta de que a CSF reduz a taxa de cesarianas 5, mas a técnica é trabalhosa, demorada e fornece informações cujo interesse é limitado no tempo. Talvez por estas razões nunca foi verdadeiramente implementada em Portugal e a sua utilização nos países desenvolvidos parece ser cada vez mais reduzida. O ECG fetal é uma técnica comercializada em conjunto com o CTG, que apresenta melhor especificidade que o CTG isolado 6 e cuja utilização está associada a menor taxa de cesarianas e menor incidência de recém-nascidos com hipóxia grave 7. Encontra-se implementada num grande número de hospitais nacionais.

### DOCUMENTAÇÃO DE UMA HIPÓXIA FETAL INTRAPARTO

O diagnóstico de hipóxia fetal intraparto é realizado pela documentação de uma descida do pH e um aumento do déficit de bases no sangue das artérias e veia umbilicais, laqueadas triplamente após o nascimento. Um grande número de hospitais nacionais não utiliza esta técnica. Quando a hipóxia é muito intensa e prolongada, ocorrem também alterações no índice de Apgar, avaliado por rotina ao 1º, e 5º minutos de vida em todos os hospitais nacionais. No entanto, este índice não é afectado em situações de hipóxia menos intensas e pode-se encontrar alterado noutras situações, como nos recém-nascidos pré-termo, na administração materna de medicamentos depressores do sistema nervoso central e nos traumatismos do parto sem hipóxia (p.e. hematoma subdural após parto instrumentado). A maioria dos recém-nascidos submetidos a hipóxia fetal intraparto recupera rapidamente

após o nascimento. Alguns dos casos mais graves manifestam alterações neurológicas nas primeiras horas de vida, que incluem dificuldades de sucção, hipotonia, convulsões e coma, situação conhecida por encefalopatia hipóxico-isquémica. As convulsões e o coma neonatais são os sinais com maior valor prognóstico relativamente à morte neonatal e às sequelas neurológicas a longo prazo. No entanto, o aparecimento destes sinais no período neonatal não tem como principal causa a hipóxia intraparto, razão pela qual é necessário documentar uma acidose na artéria umbilical ou na circulação do recém-nascido para se estabelecer o diagnóstico. Porém, o pH umbilical necessita ser interpretado com alguma precaução e em conjunto com a restante gasimetria, porque é afectado por patologias maternas e intercorrências da gravidez e não apenas pela hipóxia intraparto. Existe uma associação entre o pH e a mortalidade/morbilidade neonatais (encefalopatia hipóxico-isquémica – e dada a possibilidade de uma intervenção precoce nesta patologia deve utilizar-se sempre que haja indicação – hemorragia intraventricular e leucomalácia periventricular), mas a correlação com a paralisia cerebral, défices cognitivos e neurosensoriais já é muito menor, e como tal tem um valor prognóstico limitado. Particularmente importante, no entanto, é o seu valor nas situações de litígio médico-legal.

### REDUÇÃO DAS CESARIANAS POR ESTADO FETAL NÃO-TRANQUILIZADOR

Num estudo recente publicado por um dos hospitais da região norte, foi possível documentar a redução num ano da taxa de cesarianas por estado fetal não tranquilizador em 1,5 pontos percentuais, com a implementação de auditorias regulares às cesarianas urgentes e com a divulgação dos riscos da cesariana pelos profissionais de saúde 10. A introdução posterior da ECG fetal e da análise computadorizada dos sinais CTG+ECG levou a uma redução adicional significativa na incidência de cesarianas por estado fetal não tranquilizador, bem como do número de recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquémica 11.

---

## RECOMENDAÇÕES

Divulgação perante os profissionais de saúde e o público em geral, dos riscos associados à cesariana.

Desenvolvimento de normas de orientação nacionais para a análise e a intervenção clínica com base na cardiocotografia; desenvolvimento de normas de orientação nacionais para a colheita de sangue umbilical para gasimetria.

Implementação nos hospitais nacionais da técnica de electrocardiografia fetal.

Implementação nos hospitais nacionais de auditorias internas regulares às cesarianas realizadas.

Divulgação anual pela ARS Norte das taxas hospitalares de cesarianas e de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais por “encefalopatia hipóxico-isquémica”.

Implementação do treino regular dos profissionais de saúde na interpretação de traçados cardiocotográficos e electrocardiográficos, bem como na decisão clínica baseada nesta análise.

---

## BIBLIOGRAFIA

- ACOG committee opinion. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 61:309-10.
- Ayres-de-Campos D, Bernardes J. Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring. A time for a more simplified approach? *Int J Obstet Gynecol* 2010 (in press).
- Paneth N, Bommarito M, Stricker J. Electronic fetal monitoring and later outcome. *Clin Invest Med* 1993;16:159-65.
- Ayres-de-Campos D, Bernardes J, Costa-Pereira A, Pereira-Leite L. Inconsistencies in classification by experts of cardiocotograms and subsequent clinical decision. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:1307-10.
- Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiocotography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
- Amer-Wahlin I, Bordahl P, Eikeland T, Hellsten C, Noren H, Sornes T, Rosen KG. ST analysis of the fetal electrocardiogram during labor: Nordic observational multicenter study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002;12(4):260-6.
- Neilson JP. Fetal electrocardiogram (ECG) for fetal monitoring during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3.
- Costa A, Costa F, Ayres-de-Campos D, Costa F, Santos C, Bernardes J. Prediction of fetal acidemia by computer analysis of fetal heart rate and ST event signals. *Am J Obstet Gynecol* 2009, 201(5):464.e1-6.
- Ayres-de-Campos D, Ugwumadu A, Banfield P, Lynch P, Amin, P, Horwell D, Costa A, Costa-Santos C, Bernardes J, Rosen K. A randomised clinical trial of intrapartum fetal monitoring with computer analysis and alerts versus previously available monitoring. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010 (in press).
- Reynolds A, Ayres-de-Campos D, Costa Ma, 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;17:193-8.
- Amaral J, Costa A, Costa-Santos C, Ayres-de-Campos D, Bernardes J. Impacto da introdução de uma central de monitorização cardiocotográfica na taxa de cesarianas e na incidência de desfechos neonatais adversos. *Clínica do Parto II (livro de resumos)*, Porto 2009.

# 07.

## CESARIANA POR APRESENTAÇÃO PÉLVICA

---

### **PARTO EM APRESENTAÇÃO PÉLVICA**

A incidência de apresentação pélvica ronda os 4% das gestações a termo 1. O método ideal de nascimento nas situações de apresentação pélvica a termo é ainda alvo de alguma controvérsia científica 1, mas na maioria dos países desenvolvidos a cesariana tornou-se o método preferencial do parto, após a publicação de um ensaio clínico randomizado que revelou menor morbilidade e mortalidade neonatal com esta alternativa 2. As principais sociedades científicas internacionais recomendam que a decisão sobre a via do parto seja deixada à grávida, após transmissão da informação previamente referida 1,3, o que na prática resulta num elevado número de cesarianas devido a este motivo. Acresce a este problema, a redução da experiência das equipas de saúde na resolução das complicações que podem ocorrer no parto pélvico vaginal. Parece assim ser irrealista, pelo menos neste momento, a reintrodução em larga escala no nosso país do parto pélvico vaginal.

### **VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA**

Está bem demonstrado que a versão cefálica externa, realizada entre as 36 e 37 semanas de gravidez, reduz a incidência de apresentação pélvica a termo e a taxa de cesarianas por este motivo. A taxa global de sucesso com esta técnica ronda os 50%, mas pode ser individualizada, de acordo com algumas características específicas da gravidez. A taxa de complicações da técnica é inferior a 0,5%, mas nalguns casos existem contra-indicações formais para a sua realização. As principais sociedades científicas internacionais recomendam que a versão cefálica externa seja proposta em todos os casos em que não existe contra-indicação 4,5.

### **RECOMENDAÇÕES**

Divulgação perante os profissionais de saúde e o público em geral, dos riscos associados à cesariana.

O desenvolvimento de normas de orientação clínica de âmbito nacional sobre a versão cefálica externa.

A promoção de medidas nos diversos hospitais para que a versão cefálica externa seja uma opção preferencial em situações bem definidas.

Implementação de cursos regulares de treino dos profissionais de saúde na execução da versão cefálica externa.

---

### **BIBLIOGRAFIA**

01. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. The management of breech presentation (Green-top guideline no. 20b). December 2006. [http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT20bManagement\\_ofBreechPresentation.pdf](http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT20bManagement_ofBreechPresentation.pdf) (acedido a 15 Junho 2010)
02. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356:1375-83.
03. ACOG Committee on Obstetric Practice. Mode of term singleton breech delivery (opinion no. 340) *Obstet Gynecol* 2006;108:235-7.
04. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation (Green-top guideline no. 20a). December 2006. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/GT20aExternalCephalica2006.pdf> (acedido a 15 Junho 2010)
05. ACOG Committee on Obstetric Practice. Mode of term singleton breech delivery (opinion no. 265), December 2001. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77:65-6.

# 08.

## INDUÇÃO FRUSTRADA DE TRABALHO DE PARTO

---

A indução do trabalho de parto tem indicações definidas e relativamente consensuais. Entre estas contam-se o atingimento das 41 ou 42 semanas de gestação (que ocorre em cerca de 5% dos casos) 1, e diversas patologias da gravidez que põem em risco a saúde da mãe e/ou do feto e cujo prognóstico beneficia com a terminação da mesma 2.

No entanto, tem vindo a generalizar-se a utilização da indução do trabalho de parto sem motivo médico, mas apenas como forma de programação do momento do nascimento, por conveniência da grávida e/ou da equipa de saúde. Nalguns países a indução do trabalho de parto é realizada em mais de 20% dos nascimentos 3, desconhecendo-se estes números nos hospitais públicos e privados nacionais.

### RISCOS ASSOCIADOS À INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO A TERMO

A indução do trabalho de parto está longe de ser isenta de riscos, principalmente na ausência de condições do colo uterino favoráveis à mesma 3,6,12. Entre os principais riscos destacam-se o trabalho de parto prolongado (superior a 24 horas), a hiperestimulação uterina com baixa oxigenação fetal, a ruptura uterina, a hemorragia pós-parto; a corioamnionite (quando associada a ruptura de membranas prolongada), o parto vaginal instrumentado e a cesariana.

A cascata de procedimentos inerentes ao processo de indução, (cateterismo venoso, perfusão de fármacos, monitorização cardiotocográfica contínua, permanência da grávida no leito, amniotomia, necessidade de alívio da dor mais prolongado), condiciona um aumento dos custos em saúde e é possível que esteja associado a maior morbilidade materno-fetal, aspecto que não está ainda totalmente esclarecido.

---

### BIBLIOGRAFIA

- 01- Gulmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. The Cochrane Library 2009; 4: 1-58.
02. Lampé LG. Indications for induction of labour. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1996;65:71-3.
03. Fok WY, Chan LYS, Tsui MHY, Leung TN, Lau TK, Chung TKH. When to induce labor for post-term? A study of induction at 41 weeks versus 42 weeks. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006;125: 206-10.
04. Battista L, Chung JH, Lagrew DC, Wing DA. Complications of labor induction among multiparous women in a community-based hospital system. Am J Obstet Gynecol 2007;197:241.e1-241.e7.
05. Hofmeyr GJ. Induction of labour with an unfavourable cervix. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2003;5: 777-94.

### RECOMENDAÇÕES

Divulgação perante os profissionais de saúde e o público em geral, dos riscos associados à indução do trabalho de parto e à cesariana.

O desenvolvimento de normas de orientação clínica de âmbito nacional sobre os motivos e métodos de indução do trabalho de parto.

A promoção de medidas nos diversos hospitais para que não sejam realizadas induções do trabalho de parto a termo sem motivos de saúde antes das 41 semanas de gestação.

# 09.

## PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA

A complicação mais relevante do trabalho de parto em grávidas que foram submetidas a cesariana anterior é a ruptura uterina 1-5. Esta complicação está associada a uma maior morbidade materna e neonatal 1,2,3,4,5, incluindo um maior risco de transfusão sanguínea, histerectomia peri-parto, laceração da bexiga, e encefalopatia hipóxico-isquêmica do recém-nascido 1,4,5. No entanto, quando ocorre em hospitais bem equipados, a incidência destas complicações é muito baixa.

Com a técnica de cesariana actualmente utilizada em quase todos os casos (cesariana segmentar transversal), o risco de ruptura uterina num parto subsequente a uma única cesariana é inferior a 1%. Este risco parece aumentar exponencialmente em grávidas submetidas a mais do que uma cesariana anterior, razão pela qual os antecedentes de duas ou mais cesarianas são geralmente considerados uma indicação consensual para uma nova cesariana.

Vários estudos nacionais 6 e internacionais 1,2,4 demonstraram que entre 65-80% das grávidas com uma única cesariana anterior podem ter um parto vaginal na gravidez seguinte, sem terem um aumento significativo da mortalidade e morbidade materna ou neonatal. O aumento da morbimortalidade está relacionado com a falência do trabalho de parto e das suas intercorrências 4,5. Assim, várias instituições internacionais consideram que o parto vaginal após cesariana anterior deve ser considerado, desde que se cumpram alguns critérios de segurança 1,2,4,5. Entre estes contam-se a existência de condições físicas e humanas para a realização de uma cesariana emergente e serviços de apoio que respondam em tempo útil às situações de urgência 2,4. O Bloco Operatório deve ser contíguo ao Bloco de Partos e deve

estar permanentemente disponível para cesarianas emergentes 2,4.

As induções intempestivas do trabalho de parto têm-se mostrado determinantes para o insucesso do TPPV 1,5 e o início espontâneo do trabalho de parto é um factor prognóstico favorável 2,4.

### RECOMENDAÇÕES

Divulgação perante os profissionais de saúde e o público em geral, dos riscos associados à cesariana e das vantagens do parto vaginal após uma cesariana.

O desenvolvimento de normas de orientação clínica de âmbito nacional sobre indicações e cuidados a ter na tentativa de parto vaginal após uma cesariana.

A promoção de medidas nos diversos hospitais para que o parto vaginal após uma cesariana seja considerado uma opção preferencial em situações bem definidas.

A promoção de medidas nos diversos hospitais para que exista um Bloco Operatório com disponibilidade permanente para Obstetrícia, situado no Bloco de Partos ou na sua proximidade.

Implementação de cursos regulares de treino dos profissionais de saúde na resolução de emergências obstétricas intraparto, incluindo a ruptura uterina.

### BIBLIOGRAFIA

01. National Institute of Health. Consensus Development Conference Statement: Vaginal birth after cesarean: New Insights. [http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac\\_statement.pdf](http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac_statement.pdf) (acedido em 15 Junho 2010).
02. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010;117:5-19.
03. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean (practice bulletin #54). *Obstet Gynecol* 2004;104:203-12.
04. Alves MF, Cordeiro A, Cardoso MC, Graça LM. Prova de trabalho de parto após cesariana: dois anos de experiência. *Acta Med Port* 1993;6:573-6.





