

Orientações Clínicas para profissionais de saúde

Evolução da taxa de cesarianas em Portugal

Lisa Ferreira Vicente

Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil

Direção-Geral da Saúde

Reduzir as cesarianas evitáveis

Pelas complicações na saúde
reprodutiva da mulher

Reduzir em segurança

Uniformizar Práticas e Registos

Indicações para cesariana

Monitorizar morbilidade

Um “bom parto” : um parto seguro

- Parto programado no hospital
- Cesariana eletiva a pedido da mulher
- Parto normal no hospital “com toda a tecnologia possível e atual”
- Parto normal no hospital “evitando toda a tecnologia e intervenção desnecessária”
- Parto “natural” (? Sem intervenção)
- Parto em casa



Um “bom parto”: um parto seguro

Estratégias de atuação

- Parto programado no hospital
- Cesariana eletiva a pedido da mulher
- Parto normal no hospital “com toda a tecnologia possível e atual”
- Parto normal no hospital “evitando toda a tecnologia e intervenção desnecessária”
- Parto “natural” (? Sem intervenção)
- Parto em casa

- Informação /preparação para a parentalidade. A preparação para o parto começa na gravidez
- Formação dos profissionais
 - diminuir a intervenção sem fundamentação científica
 - cuidados centrados nas necessidades da Pessoa@ (tríade)
- Registo / Monitorização » para reduzir as cesarinas evitáveis em segurança

1. Elaboração e divulgação de normas de orientação e de procedimentos clínicos sobre as diferentes formas de parto

- Sistematização dos motivos de cesariana » Norma de Indicações de Cesariana
- Definição de trabalho de parto estacionário e da suspeita de incompatibilidade feto-pélvica;
- Motivos e métodos de indução do trabalho de parto;
- Indicações e cuidados a respeitar na tentativa de parto vaginal após uma cesariana.
- Condições e conduta para versão cefálica externa
- Indicação e métodos para colheita de gasimetria umbilical

Orientações Clínicas

- **Uniformização das definições**
- **Implementação de um registo obrigatório** das indicações e das complicações
(maternas e perinatais) registadas em cada Unidade.
- **Formação dos profissionais** na área dos procedimentos e manuseamento de equipamentos. Reuniões regionais e nacionais para debate e análises do dados.
- **Monitorização:** das taxas desagregadas pela indicação de cesariana e unidade; indicadores de complicações maternas e perinatais

Registo de indicações de cesariana

- Já é realizada em várias Unidades de Saúde a monitorização dos dados relativos ao parto: como forma de análise dos resultados
- A classificação uniforme no País das indicações de cesariana é importante para a documentação da orientação clínica e para comparação inter-hospitalar e internacional.

Orientação sobre Trabalho de parto estacionário

- O trabalho de parto estacionário é uma das causas mais frequente de cesarianas em trabalho de parto.
- O acompanhamento do trabalho de parto tem sido baseada nas curvas de Friedman (desenvolvidas na década de 1950)
- Contudo este modelo já não se adequa a muitos dos trabalhos de parto
 - »» é necessário introduzir novos conceitos na prática de vigilância do trabalho parto.

Orientação Clínica sobre Indução do trabalho de parto

- Existem indicações precisas para a indução do trabalho de parto, que devem ser respeitadas.
- Maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes.
- Orientação » Indicações sobre diferentes métodos para a maturação cervical e a indução do trabalho.

Orientação Clínica sobre Parto vaginal após cesariana

- É importante desmitificar na população e nas grávidas em particular a ideia de que “uma cesariana anterior = nova cesariana”.
- Ideia a ser trabalhada ao longo da gravidez com o casal – folhetos.
- Salvaguardadas as contra-indicações e os critérios de segurança é possível conseguir partos vaginais após uma cesariana , sem aumento de complicações, num percentagem significativa de situações.

Orientação Clínica sobre Versão cefálica externa por manobras externas

- Existem mulheres que gostariam ter um parto vaginal e que desta forma o podem conseguir.
- Existe já experiência nacional nesta forma de conduta.
- Importância de realizar formação para que mais centros possam realizar o procedimento.
- Orientação » critérios e técnica para a sua realização.

Orientação Clínica sobre Colheita de sangue do cordão umbilical para gasimetria

- A realização da gasimetria umbilical é um procedimento importante
 - Não é praticada nalguns hospitais » importância da capacitação de recursos
- »» permite a rápida identificação dos RN submetidos a hipoxia intraparto e o seu tratamento atempado » hipotermia induzida. Contribui portanto para uma menor morbilidade neonatal.
- »» implicações clínicas e médico-legais no diagnóstico da encefalopatia neonatal.

2. Literacia em Saúde

Plano de comunicação para a população em geral

- » Tema a incluir ao longo da vigilância da gravidez
- » Nos cursos para o parto / parentalidade
- » “Imagens de pessoas significativas” que tiveram partos vaginais “bons”

Folhetos de divulgação

QUANDO E COMO SERÁ O MEU PARTO?

- O parto provocado tem maior risco para a mãe e para o bebê, não devendo ser considerado sem que haja um motivo de saúde
- A cesariana tem maior risco para a mãe e para o bebê, não devendo ser considerada sem que haja um motivo de saúde
- O parto normal continua a ser considerado a forma mais segura do nascimento



QUANDO E COMO SERÁ O MEU PARTO?

Quando deverá ocorrer o parto?

A gravidez dura em média 40 semanas. Isto significa que algumas grávidas terão o parto antes e outras depois desta data. Idealmente, o parto deverá ocorrer entre as 37 semanas e as 42 semanas de gravidez. Chama-se a este período o “termo da gravidez” e os bebés que nascem neste intervalo são os que têm menos complicações nos primeiros dias de vida. Na gravidez normal aguarda-se que o trabalho de parto se inicie espontaneamente durante este período.

O que é um parto pré-termo?

Antes das 37 semanas os recém-nascidos são considerados pré-termo e tem maior risco de desenvolver complicações nos primeiros tempos de vida (dificuldades respiratórias, infecções, hemorragia, etc). Estas complicações são tanto mais frequentes quanto mais precocemente ocorrer o parto. Por vezes o parto prematuro é um mal necessário, nomeadamente quando os riscos de saúde para a mãe ou para o bebé são elevados caso a gravidez continuasse.

Até quando pode durar a minha gravidez?

Quando a gravidez ultrapassa as 42 semanas, aumenta progressivamente o risco de complicações para o bebé, razão pela qual se propõe a indução do parto (provocar o parto) alguns dias antes desta data. O seu médico informa-la-á quando isto acontecer.

Posso ter um parto provocado?

Se a sua gravidez estiver quase a chegar às 42 semanas e não entrar espontaneamente em trabalho de parto o seu médico propor-lhe-á a indução do trabalho de parto (parto provocado), pelas razões expostas no parágrafo anterior. Nalgumas outras situações da gravidez e em certas doenças pré-existentes, pode ser também necessário induzir o parto, por vezes mesmo antes das 37 semanas. O seu médico informa-la-á se for esse o caso.

O parto provocado sem ser por motivos de saúde (apenas com o intuito de programar o dia de nascimento), não é considerado boa prática médica. Isto porque está associado a maior duração e intensidade das dores do parto, maior risco de baixa oxigenação do bebé e maior probabilidade de terminar em cesariana.

Posso vir a ter uma cesariana?

A cesariana é uma cirurgia que envolve a abertura da barriga e do útero da mãe para extração do bebé. A grande maioria das grávidas não necessita de ter uma cesariana e uma baixa taxa de cesarianas é internacionalmente considerado como um indicador de boa qualidade dos cuidados de saúde.

A maioria das vezes a cesariana é realizada quando o trabalho de parto não acontece normalmente ou quando existem sinais de que o bebé está a ser mal oxigenado. Normalmente, o médico da sala de partos explica-lhe-á a situação e propor-lhe-á a realização de uma cesariana. Por vezes desenvolvem-se complicações durante o trabalho de parto e seja necessário efectuar rapidamente uma cesariana. Nalguns casos de doenças pré-existentes ou de complicações próprias da gravidez, torna-se necessário programar o parto antes do início do parto. O seu médico informa-la-á se for este o caso.

A cesariana é uma cirurgia segura?

A cesariana é considerada uma cirurgia segura, sobretudo porque a maioria das grávidas são jovens e saudáveis. No entanto qualquer cirurgia tem riscos. As mulheres que têm uma cesariana têm maior risco de complicações anestésicas, hemorragia, infecção, lesões dos órgãos vizinhos ao útero e formação de coágulos nos vasos sanguíneos (tromboembolias) logo após o nascimento do bebé.

Outro dos inconvenientes da cesariana manifesta-se em gravidezes futuras: maior probabilidade de ocorrer uma placenta que se insere junto do canal de saída do colo do útero (placenta prévia) e/ou de uma placenta anormalmente aderente ao útero (placenta acreta). Estas situações podem causar hemorragia abundante e são perigosas para a saúde da mãe. A recuperação após a cesariana é geralmente mais lenta e dolorosa do que após um parto normal.

Para o bebé, a cesariana tem maiores riscos de complicações respiratórias nos primeiros dias de vida, sobretudo quando é realizada antes das 38 semanas e previamente ao trabalho de parto. Está associada a uma maior probabilidade de ocorrer diabetes e asma brônquica no futuro.

A cesariana impede que venha a ter incontinência no futuro?

A gravidez, por si só, aumenta o risco de incontinência urinária e de uma descida dos órgãos genitais no futuro. As mulheres cujo parto ocorre por cesariana têm um risco ligeiramente maior de vir a ter estas complicações, mas a cesariana não impede totalmente que elas ocorram.

Posso ter um parto normal após ter tido uma cesariana?

O parto normal é uma opção clara em muitas mulheres que tiveram um parto por cesariana. O seu médico avaliará a sua situação particular e transmitirá-lhe-á as informações adequadas ao seu caso.

O parto normal é doloroso?

A maioria das grávidas tem algum receio acerca do trabalho de parto, sobretudo quando vivenciar pela primeira vez. No entanto, o trabalho de parto é actualmente muito mais suportável do que no passado, porque existem técnicas muito eficazes para aliviar as dores. Um ambiente acolhedor na sala de partos e a presença constante de um acompanhante contribui muito para que o parto seja mais tranquilo e psicologicamente mais realizadora.

OS RISCOS ACRESCIDOS
DA CESARIANA





OS RISCOS ACRESCIDOS DA CESARIANA

A cesariana tem indicações clínicas incontestadas, podendo ser uma intervenção essencial para salvar a vida da mãe e do filho, mas quando efectuada desnecessariamente está associada a riscos de saúde injustificados.

A taxa de cesarianas é internacionalmente considerada um indicador de qualidade dos cuidados obstétricos. Em 2012, a taxa de cesarianas em Portugal foi de 35,56%, sendo nos hospitais públicos de 30,99% e nos hospitais privados de 67,48% (13,11% dos partos ocorrem em hospitais privados) ¹. Portugal é assim um dos países europeus com maior taxa de cesarianas, sendo ultrapassado apenas pela Itália e a Turquia ²⁻³. Na maioria dos países europeus a taxa de cesarianas não ultrapassa os 30%, e vários têm uma taxa inferior a 20% ²⁻³. Os países europeus com taxas de cesarianas mais baixas são, de forma geral, também aqueles que apresentam valores de mortalidade materna ou mortalidade perinatal mais baixos ⁴⁻⁵.

A cesariana está associada a riscos de saúde superiores aos do parto vaginal, mesmo quando realizada eletivamente (Quadro I). Entre estes, destacam-se os riscos de lesão uretral e vesical, de histerectomia, de trombo-embolismo, de complicações infecciosas, de re-internamentos hospitalares. Em gestações subsequentes a cesariana está associada a uma maior incidência de placenta prévia, acretismo placentário, rotura uterina e morte fetal ⁶. Existe também alguma evidência de que o parto por cesariana aumenta a morbilidade respiratória do recém-nascido ⁶, bem como a incidência de diabetes ⁷ e de atopia na infância ⁸. A cesariana electiva reduz em cerca de 40% o risco de incontinência urinária nos três meses subsequentes ao parto e de prolapso genital.

É importante que todos os profissionais de saúde com competências na área dos cuidados maternos transmitam uma informação objectiva e consistente às grávidas sobre os riscos acrescidos associados à cesariana.

	Risco absoluto (R)		Risco relativo (RC 95%)	Risco comparativo da cesariana
	Cesariana electiva	Parto vaginal	Cesariana versus parto vaginal	
Dor perineal	2	5	0,3 (0,2-0,6)	↓
Δορ αβδομνωλ	9	5	1,9 (1,3-2,8)	↑
Λαδο θισαγλω	0,1	0,003	36,6 (10,4-128,4)	↑↑↑
Λαδο υρεθρλω	0,03	0,001	25,2 (2,6-243,5)	↑↑↑
Νογρωσίδωδε δε γρρωγγω αλγγωνωλ	0,5	0,03	17,5 (9,4-32,1)	↑↑↑
Hemorragia abundante (> 1000 ml)	0,5	0,7	0,8 (0,4-1,4)	-
Histerectomia	0,8	0,01	95,5 (67,7-136,9)	↑↑
Trombo-embolismo	Risco absoluto 0,04-0,16		3,8 (2,0-6,9)	↑
Admissão em cuidados intensivos adultos	0,9	0,1	9,0 (7,2-11,2)	↑↑
Infeção da cicatriz ou endometrite	6,4	4,9	1,3 (1,0-1,7)	↑
Re-internamentos hospitalares	5,3	2,2	2,5 (1,1-5,4)	↑
Mortalidade materna	0,00823	0,00168	4,9 (3,0-8,0)	↑
Incontinência urinária (aos 3 meses)	4,5	7,3	0,6 (0,4-0,9)	↓
Incontinência fecal (aos 3 meses)	0,8	1,5	0,5 (0,2-1,6)	-
Dor lombar (aos 3 meses)	11,3	12,2	0,9 (0,7-1,2)	-
Disparútuia (aos 3 meses)	17,0	18,7	0,9 (0,7-1,1)	-
Prolapso útero-vaginal	Risco absoluto 5		0,6 (0,5-0,9)	↓
Placenta prévia em gravidez posterior	0,4-0,7	0,2-0,5	1,6 (1,3-2,0)	↑
Ruptura uterina em gravidez posterior	0,4	0,01	42,2 (31,1-57,2)	↑↑↑
Morte fetal anteparto em gravidez posterior	0,4	0,2	1,6 (1,2-2,3)	↑
Morbilidade respiratória do recém-nascido	3,5	0,5	6,8 (5,2-8,9)	↑↑
Morte neonatal (excluído parto pélvico)	0,1	0,1	1,1 (0,1-8,4)	-
Hemorragia intracraniana neonatal	0,04	0,03	1,4 (0,8-2,6)	-
Lesão do plexo braquial neonatal	Risco absoluto 0,05		0,5 (0,1-1,9)	-

Adaptado de National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Clinical Guideline: caesarean section. April 2004. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10940/29334/29334.pdf> (acedido 15 Março 2014).

BIBLIOGRAFIA

1. Pordata, <http://www.pordata.pt> (acedido 15 Março 2014)
2. OECD, Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en (acedido 15 Março 2014).
3. Betrán, AP, Meriáldi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paed Perinat Epidemiol 2007;21:98-113.
4. Hogan HC, Foreman KJ, Naghavi M, Ann 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.
5. World Health Organisation. Neonatal and Perinatal Mortality: country, regional and global estimates. WHO Press, 2006. http://whqibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf (acedido 15 Março 2014).
6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Clinical Guideline: caesarean section. April 2004. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10940/29334/29334.pdf> (acedido 15 Março 2014).
7. Cardwell CR, Stene LC, Joner G, et al. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. Diabetologia 2008;51(5):726-35
8. Magnus MC, Håberg SE, Stigum H, et al. Delivery by caesarean section and early childhood respiratory symptoms and disorders: the Norwegian mother and child cohort study. Am J Epidemiol 2011;174(11):1275-85.

- **UNIFORMIZAÇÃO**

- **INDIVIDUALIZAÇÃO**



Um “bom parto”. Um parto seguro