

A questão das cesarianas

The issue of cesarean sections

Sérgio Martins-Costa¹, José Geraldo Lopes Ramos²

Nas últimas décadas tem havido incrementos significativos nas taxas de cesariana em todo o mundo. Países que tradicionalmente apresentavam taxas muito baixas de cesariana, como a Turquia e a Itália, por exemplo, alcançaram, no início dos anos 2000, taxas de 30 e 33%, respectivamente¹. Os EUA, que mantinham taxa de cesariana estável inferior a 23% por mais de 20 anos, chegaram a 27,5% de cesáreas em 2003². Na América Latina, o Chile é o país com a maior taxa de cesariana, com 45% em 1999³, seguido de perto pelo Brasil, com 37% de cesarianas em 2000. Apesar de o Comitê de Aspectos Éticos em Reprodução Humana e Saúde das Mulheres da FIGO deliberar que é antiético realizar uma cesariana sem indicação médica⁴, cada vez mais se tem discutido a pertinência ou não da realização de uma cesariana “a pedido”. Em qualquer análise que se faça em relação às taxas de cesariana, dois fenômenos ficam bem claros: os percentuais de cesariana estão aumentando em quase todos os países e o número de cesarianas tem relação direta com o atendimento das gestantes feito por médicos especialistas em Ginecologia e Obstetria.

Que motivos estão relacionados a este aumento?

Seria demasiada simplificação afirmar simplesmente que os médicos não sabem mais atender partos, ou que por pura conveniência convencem as mulheres de que a cesariana é a melhor opção. Indubitavelmente três argumentos poderiam justificar a afirmação anterior. Para os médicos, é muito mais fácil aprender e fazer cesariana do que aprender a fazer partos. As cesarianas podem ser agendadas. Além disso, levam muito menos tempo do que o acompanhamento a um trabalho de parto e parto. Entretanto, tem sido o aumento da segurança do procedimento o que tem dado à cesariana o grande número de adeptos nos últimos anos.

Até meados do século passado, além de haver menos médicos habilitados ao procedimento da cesariana, sua realização envolvia riscos maternos muito significativos. Entre 1931 e 1940, o Professor Jorge de Rezende registrou sua casuística com 7,89% de mortalidade e 75% de morbidez materna⁵. Estes riscos estavam associados à anestesia, à infecção e à hemorragia pós-operatória, todos agravados pelo caráter de urgência que envolvia quase que a totalidade das indicações.

Nos últimos tempos, a literatura médica especializada tem dado respaldo à crença de que a cesariana converteu-se em procedimento que traz, inclusive, mais segurança do que o trabalho de parto e parto transpelviano. Isto alcançou tal dimensão que, em agosto de 2003, em seu editorial, o conceituado periódico *Obstetrics and Gynecology* questiona: “Dever-se-ia oferecer cesariana a todas as mulheres?”⁶

Mesmo que muitos estudos publicados possam merecer sérias críticas metodológicas, o certo é que, com cada vez mais frequência, os médicos encontram publicados dados que lhes reforçam a segurança do procedimento, segurança esta que se estende aos três personagens mais fortemente envolvidos no processo do nascimento, quais sejam: a gestante, o recém-nascido e o parteiro.

Segurança da cesariana em relação às gestantes

Historicamente, tem sido dito que a cesariana apresenta risco significativamente maior de mortalidade materna do que o parto. Analisando-se todas as mortes maternas diretas no Reino Unido entre 1994 e 1996, encontramos taxa de mortalidade materna de 2,06:100.000 para as mulheres com parto, 5,85 para as submetidas às cesarianas eletivas e 18,2:100.000 para quando a cesariana foi de emergência, sendo o risco relativo (RR) de morte para as cesarianas em relação

Departamento de Ginecologia e Obstetria - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

1 Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS - Porto Alegre (RS) - Brasil, e Chefe da Equipe de Gestação de Alto-Risco do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS) - Brasil.

2 Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRS - Porto Alegre (RS) - Brasil, e Coordenador da Equipe de Gestação de Alto-Risco do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS) - Brasil.

Correspondência: Sérgio Martins-Costa

Rua Gonçalves de Carvalho 221/301 - 90035-170 - Porto Alegre - RS - Fone: (51) 3268-9550 - e-mail: sergiomartinscosta@terra.com.br

aos partos de 6,22 (IC 95%: 3,90-9,90)⁷. Entretanto, o cálculo de risco não deve ser feito de maneira retrospectiva, uma vez que as cesarianas de emergência, aquelas com maior risco, são sempre fruto da disposição prévia de acompanhar um nascimento via baixa. Quando indicamos um parto transpélvico, geralmente não fornecemos a informação para a paciente de que ela poderá necessitar de uma cesariana de emergência e esta tem risco aumentado de complicações materno-fetais. Comparando-se os partos conjuntamente com as cesarianas de emergência contra as cesarianas eletivas, o cenário muda, com um RR de morte sem diferença significativa entre os dois grupos (RR=1,62; IC 95%: 0,81-3,23). Vários outros estudos têm demonstrado mortalidade materna menor na cesariana eletiva, em relação ao trabalho de parto e parto⁸⁻¹⁰.

Analisando-se as taxas de cesariana em vários países da América Latina, Belizan et al.¹¹ do CLAP mostraram diminuição significativa das taxas de mortalidade materna a medida que aumentam as taxas de cesariana, até um máximo de 15%, a partir do qual o aumento da cesariana não mais se converte em diminuição da mortalidade. No Brasil, encontramos as maiores taxas de mortalidade materna nas regiões com as menores taxas de cesariana.

Morbidez materna

Em 2003, no *New England Journal of Medicine*, Rotveit et al.¹² mostraram que o parto vaginal tem razão de chance (OR) 2 com IC a 95% de 1,5 a 3,1 para incontinência urinária moderada a grave em relação à cesariana, com o risco de incontinência urinária caindo de 10% para 5% se uma mulher tiver todos os seus filhos por cesariana eletiva. Além disso, é do conhecimento geral que a cesariana eletiva evita o risco potencial de dano ao esfíncter anal, um dos mais freqüentes motivos de processo judicial contra médicos obstetras. Durante o XVII Congresso da FIGO, em 2003, Farrel et al.¹³ apresentaram inquérito feito entre médicos e enfermeiras-parteiras do Canadá, mostrando que 37 de 162 (23%) profissionais de saúde aprovavam uma cesariana sem indicação médica devido aos riscos potenciais ao assoalho pélvico.

Em mulheres que já têm uma cesariana anterior, o parto vaginal espontâneo apresenta risco de ruptura uterina de 3,5:1000 casos, sendo o risco maior para as mulheres que nunca tiveram partos anteriormente (OR=2,5; IC 95% de 1,6-3,9). O risco de mortalidade perinatal devido à ruptura uterina varia entre 1:1.300 e 1:4.700 nascimentos¹⁴. Estes riscos, embora possam parecer pequenos, são significativamente maiores do que quando a cesariana é eletivamente repetida. Portanto, deve ser incentivada a prática de obter um consentimento informado das mulheres que optarem por parto vaginal após cesariana.

Em relação à segurança materna, parece claro que o pior modo de parto é uma cesariana de emergência e o que se associa a menores riscos é o parto vaginal. Portanto, devemos concentrar nossos esforços na qualidade dos cuidados intraparto, evitando-se, sempre que possível, as indicações procrastinadas de cesariana, as quais resultam quase sempre em situações de emergência e de maior risco de complicações.

Segurança da cesariana em relação ao recém-nascido

McFarland et al.¹⁵ mostraram que as taxas de toco-traumatismos com danos em nervos e fraturas estão reduzidas em mais do que 50% para os recém-nascidos de cesarianas. Além disso, embora o trabalho de parto e o parto raramente sejam causa de paralisia cerebral no neonato e a taxa de dano cerebral em recém-nascidos não esteja diminuindo com o aumento nos índices de cesariana, há uma crença histórica errônea, mas muito arraigada, de que um parto difícil é causa de dano neurológico no bebê. Tendo sido indicada uma cesariana eletiva, a eventual paralisia cerebral que um recém-nascido apresente jamais será associada ao modo de nascimento. Por outro lado, o risco real destes danos em partos vaginais entre neonatos de mulheres de baixo risco é extremamente baixo. Mesmo para fetos avaliados como macrossômicos, estima-se que seriam necessárias 400 cesarianas eletivas para prevenir um único caso de dano permanente do plexo braquial¹⁶.

Ainda que atualmente, com o uso mais freqüente da ultra-sonografia para identificar a idade gestacional, o risco de prematuridade iatrogênica esteja diminuído, a realização de uma cesariana eletiva antes de iniciado o trabalho de parto duplica a morbidade respiratória para cada semana anterior em que a cesariana é feita entre a 37^a e a 40^a semana¹⁷. Além disso, há nas cesáreas eletivas aumento de quatro vezes na necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, ventilação mecânica e uso de oxigenoterapia nos recém-nascidos e 5,5% das crianças nascidas de cesariana eletiva contra 1,6% das nascidas de parto vaginal não conseguem manter-se respirando em ar

ambiente¹⁸. Já se discute hoje a necessidade de corticoterapia anteparto para cesarianas eletivas no termo a fim de diminuir o sofrimento respiratório neonatal¹⁹.

Portanto, em relação aos recém-nascidos, os dados de literatura, embora conflitantes, não parecem consistentes para justificar que uma cesariana sem indicação médica deva ser feita como profilaxia para dano no neonato.

Segurança da cesariana em relação ao médico

A melhor maneira de se realizar uma boa medicina e não produzir dano em nossos pacientes é tomar decisões baseadas em evidências e não baseadas no medo. Talvez a pior face da medicina moderna é o fato de que a relação entre o médico e seu paciente deixou de ser baseada na confiança para tornar-se uma relação comercial entre um prestador de serviço e um consumidor, sob a tutela do Código do Consumidor, como se o resultado do trabalho do obstetra pudesse ser equiparado à garantia que deve ser exigida na compra de um bem de consumo. Os obstetras de hoje acostumaram-se a decidir suas intervenções sob a ótica do menor risco para si, ao invés do menor risco para a gestante ou seu filho. Esta mudança de atitude tem sido justificada pelos inúmeros processos judiciais contra os médicos, acarretando enorme custo emocional e econômico para quem pratica obstetrícia. Entre 1998 e 2000, na cidade de Porto Alegre (RS), a especialidade de obstetrícia foi, entre todas as especialidades médicas, aquela com o maior número de processos judiciais sobre alegada má prática médica. Quarenta e cinco por cento do total de solicitações judiciais de perícias ao Departamento Médico Legal foram contra obstetras. Os três quesitos mais freqüentemente feitos pelo juiz aos peritos foram: o retardo no nascimento pode ter sido a causa da morte do bebê? Teria sido possível diagnosticar sofrimento fetal mais cedo? Havia indicação de cesariana em algum momento antes da ocorrência do parto vaginal? Por outro lado, não houve nenhum quesito no qual o médico era questionado por uma cesariana desnecessária por ele indicada ou se teria sido melhor um parto vaginal à cesariana.

Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra.

Somente uma improvável mudança no espírito das relações entre médicos e pacientes poderá alterar este comportamento.

Conclusões

Apesar dos notáveis avanços da medicina perinatal, fazendo com que em muitas vezes uma cesariana eletiva possa ou deva ser a melhor alternativa para salvaguardar a saúde da mulher e de seu filho, o certo é que a grande maioria das mulheres e dos neonatos são capazes de atravessar de maneira saudável o crítico momento do nascimento, sem necessidade de nenhuma intervenção médica. Uma boa medicina pressupõe o entendimento dos processos fisiológicos e, embora possam ocorrer disfunções, a gravidez e a parturição normais são processos fisiológicos.

Muitas questões ainda permanecem sem resposta em relação à escolha do modo de parir: os valores e as preocupações das mulheres (dos casais) mudam com a paridade, com a idade e com as mudanças no estilo de vida? Quais são os riscos das cesarianas sucessivas para as gestantes e seus filhos? Qual o risco real de placentação baixa, acretismo placentário e mortalidade materna nas cesarianas repetidas? Como as complicações iatrogênicas podem ser evitadas? Como podemos prevenir os tocotraumatismos no recém-nascido e os danos ao assoalho pélvico? Como compatibilizar o princípio de autonomia da paciente (solicitando ou negando uma cesariana) com as obrigações médicas de beneficência (fazer o melhor) e não maleficência (não causar dano)?

Muito se tem pesquisado e publicado em relação aos riscos e aos benefícios dos partos e das cesarianas, mas poucos são os estudos com boa qualidade metodológica. Em um dos poucos ensaios clínicos randomizados entre cesariana planejada e parto vaginal, Hannah et al.²⁰ não encontraram diferenças, dois anos após o nascimento, quanto a amamentação, relacionamento com o filho, depressão, incontinência urinária, problemas sexuais, distúrbios menstruais ou fadiga. A única diferença significativa foi um aumento de constipação nas pacientes que realizaram cesariana. Em contrapartida, os recém-nascidos não foram protegidos da morte ou do dano cerebral por terem nascido de cesariana eletiva²¹.

Talvez tenha chegado o tempo de se realizar um bom ensaio clínico randomizado, para definir com mais clareza os desfechos de mortalidade e morbidez (física e psicológica) a curto e longo prazo, das intervenções sobre o processo do nascimento.

Referências

1. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Italian mothers prefer cesarean delivery? *Birth*. 2003;30(2):89-93.
2. Menacker F. Trends in cesarean rates for first births and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990-2003. *Natl Vital Stat Rep*. 2005;54(4):1-8.
3. Murray SF, Serani F. Recent trends in cesarean section rates in Chile - the political economy of maternal care [homepage en el Internet]. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas; 2000 [acceso 4 sep 2001]. Disponible in: <http://www.ine.cl/chile-cifras>
4. Schenker JG, Cain JM. FIGO Committee Report. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999;64(3):317-22.
5. Rezende J. Contribuição ao estudo da cesareana abdominal. Rio de Janeiro: A Casa do Livro; 1941. p. 162-82.
6. Nygaard I, Cruikshank DP. Should all women be offered elective cesarean delivery? *Obstet Gynecol*. 2003;102(2):217-9.
7. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999;354(9180):776.
8. Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, Wee M, et al. Urgency of caesarean section: a new classification. *J R Soc Med*. 2000;93(7):346-50.
9. Yoles I, Maschiach S. Increased maternal mortality in cesarean section as compared to vaginal delivery? Time for re-evaluation. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;178 Suppl 1:S78.
10. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2003;348(10):946-50.
11. Belizan JM, Althabe R, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999;319(7222):1397-400.
12. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian EPINCOT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med*. 2003;348(10):900-7.
13. Farrel AS, Basket TF, Farrel KA. Controversies in the management of labour and delivery: a survey of Canadian health care professionals. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;83 Suppl 1:44.
14. Smith GC, Pell JP, Pasupathy D, Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study. *BMJ*. 2004;329(7462):375.
15. McFarland LV, Raskin M, Daling JR, Benedetti TJ. Erb/Duchenne's palsy: a consequence of fetal macrosomia and method of delivery. *Obstet Gynecol*. 1986;68(6):784-8.
16. Rouse DJ, Owen J. Prophylactic cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by means of ultrasonography: a Faustian bargain? *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(2):332-8.
17. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term.: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995;102(2):101-6.
18. Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries of uncomplicated pregnancies. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149(8):862-7.
19. Stutchfield P, Whitaker R, Russel I; Antenatal Steroids for Term Elective Caesarean Section (ASTECS) Research Team. Antenatal betamethasone and incidence of neonatal respiratory distress after elective caesarean section: pragmatic randomized trial. *BMJ*. 2005;331(7518):662-9.
20. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):917-27.
21. White H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(3):864-71.