

Cesarianas – um tema recorrente Cesarean section – a recurrent theme

O número da ACTA de Março de 2013 traz três artigos que incitam à reflexão. Explícita ou implicitamente tem em comum um tema que preocupa, ou deve preocupar, a comunidade daqueles que se dedicam à Obstetrícia: a cesariana.

O artigo publicado por Verissimo e col.¹ aborda a classificação das cesarianas consoante os critérios de Robson tendo para tal revisto a cesarianas realizadas por uma determinada equipa de urgência. Não há na comunidade internacional um critério uniforme de classificação de cesarianas: há quem as classifique consoante os critérios de Robson, quem o faça pelas indicações dividindo-as em maternas e fetais, quem as separe consoante o momento em que são realizadas (ante-parto ou intra-parto). Entre as vantagens de se classificar as cesarianas uma é a de se poder conhecer a(s) causa(s) predominante(s) e de, conseqüentemente, criar condições para que diminuam. Classificar cesarianas pode ser feito de forma local (que foi o que os autores fizeram) ou de uma forma global (regional, nacional). Em Portugal fala-se, persistentemente, da realização excessiva de partos por cesariana e, na ACTA, este tema já originou dois editoriais^{2,3}. Mas tarda, por quem de direito, a implementação de uma classificação nacional que poderia, muito provavelmente, ajudar cada Serviço a conhecer a sua realidade e a saber onde investir por forma a, de uma forma realista, conseguir diminuir a sua taxa de cesarianas.

A revisão realizada por Camões⁴ foca um tema que é caro aos que se esforçam por reduzir a taxa de cesarianas – a versão fetal por manobras externas. Esta manobra obstétrica é considerada como capaz, por si só, de diminuir a taxa de cesarianas, sobretudo em centros em que o peso das cesarianas por apresentação anómala é elevado. No entanto, entre nós, a sua implementação tem sido difícil e tem-se arrastado por razões de todo incompreensíveis. Em Portugal é mais fácil um centro diferenciar colaboradores em técnicas invasivas de diagnóstico pré-natal do que em treiná-los na realização da versão fetal. Como referido nesta revisão são múltiplos os factores que tornam a versão fetal com maior probabilidade de ter sucesso e, embora eu ache que a versão fetal deve ser sempre tentada desde que

não haja contra-indicações, é nos casos que apresentam maior probabilidade de êxito que a manobra deve ser tentada por aqueles que se iniciam na sua prática. Mais uma vez se reafirma que os riscos da versão fetal por manobras são residuais, apesar de toda a crença atávica do contrário – o que, quer na grávida quer nos cuidadores (médicos, enfermeiros) intervenientes, é provavelmente o mais difícil de rebater.

Por último, o artigo de Nunes e col⁵ ilustra uma das consequências mais temíveis da epidemia do parto por cesariana – o acretismo placentário. Há 25 anos um caso de placenta *acreta* era uma raridade; quando surgia associava-se a uma elevada mortalidade e morbilidade porque quase sempre o obstetra era surpreendido pela situação e, na tentativa de proceder à dequitação, desencadeava uma hemorragia por vezes fatal. Fazem-se actualmente muito mais cesarianas do que há 25 anos e, destas, muitas são repetidas. E, sendo este um dos factores determinantes para a invasão defeituosa do trofoblasto, é bem provável que todos nós nos deparemos mais frequentemente com situações de acretismo placentário. A pequena série apresentada na ACTA, todos os casos em grávidas com cesariana anterior e com placenta *previa*, teve um desfecho feliz meramente porque foi feito o diagnóstico pré-natal e foi possível preparar a cirurgia de forma electiva criando uma equipa capaz de intervir rapidamente e de resolver as complicações. Mesmo assim, a morbilidade foi significativa tendo residido principalmente nas consequências da hemorragia grave. Uma mensagem que se pode retirar desta pequena série é de que perante situações de placenta *previa* sobre cicatriz de cesariana anterior mesmo que não haja óbvia demonstração de acretismo placentário será sempre mais prudente realizar a cesariana num centro com disponibilidades de suporte transfusional intensivo e capaz de reunir uma equipa multidisciplinar em vez de partir para uma cirurgia num pequeno hospital e ser-se então confrontado com um dos piores pesadelos do obstetra: enormes vasos à superfície do útero, invasão da bexiga, uma hemorragia cataclísmica e a falta de apoio diferenciado, não só cirúrgico como também anestésico e laboratorial.

BIBLIOGRAFIA

1. Verissimo CA, Gomes RF, Matozinhos M, Matos T, Sepúlveda F, Azevedo L. Implementação do 10-group Classification System: compreender o parto por cesariana. *Acta Obstet Ginecol Port* 2013;7(1):2-6
2. Ayres-de-Campos D. São necessárias medidas urgentes para baixar a taxa nacional de cesarianas. *Acta Obstet Ginecol Port* 2010;4:115-117
3. Clode N. Reduzir a taxa de cesarianas: um objectivo de todos os obstetras. *Acta Obstet Ginecol Port* 2011;5(2):56-58
4. Camões S, Ayres-de-Campos D. Versão cefálica externa: uma revisão das complicações e da taxa de sucesso. *Acta Obstet Ginecol Port* 2013;7(1):28-34
5. Nunes C, Pereira I, Barata S, Clode N, Mendes Graça L. Placenta acreta – como abordar? *Acta Obstet Ginecol Port* 2013;7(1):57-60

Nuno Clode

Editor Chefe da

ACTA OBSTETRICA E GINECOLOGICA PORTUGUESA
