

NÚMERO: 001/2015

DATA: 19/01/2015

ASSUNTO: Registo de Indicações de Cesariana

PALAVRAS-CHAVE: Cesariana; motivos de cesariana; indicações de cesariana

PARA: Profissionais de saúde das unidades de saúde com cuidados obstétricos intraparto

CONTACTOS: secretariado.dsr@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, do Despacho nº 3482/2013 de 5 de março e do Despacho nº 6197/2013 de 13 de maio emite-se a Norma seguinte:

I – NORMA

1. Todos os hospitais com cuidados obstétricos intraparto deverão possuir registos clínicos das grávidas, nos quais conste:
 - a) O nome do médico que decidiu a realização de uma cesariana, a data e a hora em que esta decisão foi tomada, a data e hora em que a cirurgia se iniciou e terminou.
 - b) A indicação para a realização da cesariana, de acordo com os quatro critérios constantes nesta norma: a urgência da cirurgia, a ausência ou fase do trabalho de parto, o motivo principal e as principais características da gravidez.
2. Fica definida a obrigatoriedade do envio anual à Direção-Geral da Saúde do número de cesarianas realizadas em cada hospital com cuidados obstétricos intraparto, de acordo com as quatro classificações definidas nesta Norma. Os hospitais devem ainda disponibilizar os seus dados para auditorias internas e externas sempre que solicitados.

II – CRITÉRIOS

a) DEFINIÇÃO DE CESARIANA

1. Define-se cesariana como a realização de uma laparotomia, seguida da extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas + 0 dias de gravidez.
2. Antes das 22 semanas de gravidez, a realização de uma laparotomia para extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal denomina-se “laparotomia com/sem histerotomia para extração de produtos da gravidez”.

b) CLASSIFICAÇÃO QUANTO À URGÊNCIA DA CIRURGIA

i) Cesariana programada

1. Define-se cesariana programada como a situação em que o motivo da cirurgia não requer que esta seja realizada no próprio dia, podendo ser agendada para uma data futura.
2. A entrada no Bloco Operatório deve ser antecedida da obtenção e registo no processo clínico do consentimento informado da grávida.

ii) Cesariana urgente

1. Define-se cesariana urgente como a situação onde existe uma situação clínica que carece de resolução num curto intervalo de tempo, mas não existe perigo iminente de saúde para o feto e/ou para a parturiente.
2. Inclui também as situações em que foi estabelecida uma indicação prévia para cesariana programada, em que entretanto ocorreu um novo evento obstétrico (como por exemplo uma rotura de membranas ou início de trabalho de parto) que aconselha a realização de uma cirurgia num intervalo de tempo mais curto.
3. Na cesariana urgente o tempo que decorre entre a indicação cirúrgica e o início da cesariana (incisão na pele) não deverá, salvo motivo de força maior, ultrapassar os 180 minutos. Quando este intervalo necessitar de ser prolongado, tal facto deve ser explicado e justificado no processo clínico.
4. A entrada no Bloco Operatório deve ser antecedida da obtenção e registo no processo clínico do consentimento informado da grávida.

iii) Cesariana emergente

1. Define-se cesariana emergente como a situação onde existe perigo iminente de saúde para o feto e/ou para a parturiente, o qual pode ser reduzido se a cirurgia for realizada o mais brevemente possível.
2. Na cesariana emergente o tempo que decorre entre o estabelecimento da indicação cirúrgica e o início da cesariana (incisão na pele) não deverá ultrapassar os 15 minutos. Quando este intervalo necessitar de ser prolongado, tal facto deve ser explicado e justificado no processo clínico.

Nestas situações, poderá não haver tempo para obtenção do consentimento da grávida.

c) CLASSIFICAÇÃO QUANTO À AUSÊNCIA OU FASE DO TRABALHO DE PARTO

i) Cesariana em ausência de trabalho de parto

Define-se cesariana em ausência de trabalho de parto quando esta é realizada antes da ocorrência de contrações uterinas rítmicas com repercussão nas características do colo uterino.

ii) Cesariana no primeiro período do trabalho de parto

Define-se cesariana no primeiro período do trabalho de parto quando esta é realizada após a ocorrência de contrações rítmicas com repercussão nas características do colo uterino, mas antes da dilatação cervical completa.

iii) Cesariana em período expulsivo

Define-se cesariana em período expulsivo quando esta é realizada após a documentação de uma dilatação cervical completa.

d) CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO MOTIVO PRINCIPAL

Todas as cesarianas deverão ser classificadas de acordo com um dos motivos principais expostos abaixo. Havendo dois ou mais motivos para a indicação cirúrgica, caberá ao médico decidir qual o motivo com maior peso na decisão. Nos registos clínicos individuais, após a escolha do motivo principal, a indicação cirúrgica deverá ser especificada em maior detalhe (ver exemplos abaixo).

1. Patologia materna que contraindica o parto vaginal (exemplos: grávida seropositiva para VIH com elevado número de cópias virais; infeção herpética genital ativa; doença cardiovascular ou pulmonar grave, doença inflamatória intestinal com envolvimento anal ou vaginal, carcinoma invasor do colo)
2. Anomalia fetal que contra indica o parto vaginal (exemplos: mielomeningocele, hidrocefalia com macrocefalia, defeitos da parede abdominal com exteriorização hepática, teratoma sacrococcígeo volumoso)
3. Patologia própria da gravidez (exemplos: placenta prévia central total, placenta acreta, suspeita de descolamento da placenta, eclâmpsia com índice de Bishop desfavorável, restrição do crescimento intrauterino com fluxo diastólico umbilical ausente ou invertido, cardiotocograma patológico no anteparto)
4. Cirurgia uterina prévia (exemplos: antecedentes de duas cesarianas anteriores, cesariana anterior com histerotomia corporal, miomectomia ou cirurgia de reconstrução uterina envolvendo toda a espessura do miométrio, rotura uterina prévia)
5. Situação ou apresentação fetal anómala (exemplos: situação transversa em trabalho de parto, apresentação pélvica, apresentação de face com mento posterior)
6. Gravidez múltipla (exemplos: gravidez tripla, gravidez gemelar com 1º feto em apresentação pélvica)
7. Suspeita de incompatibilidade feto-pélvica (podendo ser estabelecida antes do trabalho de parto ou no seu início).
8. Tentativa frustrada de indução do trabalho de parto (utilização de meios farmacológicos e/ou mecânicos para induzir o trabalho de parto sem se atingir a fase ativa do trabalho de parto i.e. 4 cm de dilatação)
9. Trabalho de parto estacionário (exemplos: distocia dinâmica, distocia mecânica, tentativa frustrada de parto auxiliado com ventosa ou fórceps)
10. Estado fetal não tranquilizador intraparto (exemplos: cardiotocograma patológico, cardiotocograma suspeito com eventos ST)
11. Outras

e) CLASSIFICAÇÃO BASEADA NAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ (classificação de Robson)

Todas as cesarianas deverão ser classificadas num dos grupos expostos abaixo, sendo que nenhuma cesariana poderá estar em mais de um grupo:

Grupo 1. Nulípara, gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 2. Nulípara, gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, trabalho de parto induzido ou cesariana antes do início do trabalho de parto.

Grupo 3. Multípara (excluindo cesariana prévia), gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas + 0 dias, em trabalho de parto espontâneo.

Grupo 4. Multípara (excluindo cesariana prévia), gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas + 0 dias, trabalho de parto induzido ou cesariana antes do início do trabalho de parto.

Grupo 5. Cesariana prévia, gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas + 0 dias.

Grupo 6. Nulípara, apresentação pélvica.

Grupo 7. Multípara, apresentação pélvica (incluindo cesariana prévia).

Grupo 8. Gestação múltipla (incluindo cesariana prévia).

Grupo 9. Situação transversa/oblíqua (incluindo cesariana prévia).

Grupo 10. Pré-termo (<37 semanas+ 0 dias), gestação única, apresentação cefálica (incluindo cesariana prévia).

III – AVALIAÇÃO

A implementação da presente Norma é da responsabilidade dos serviços hospitalares e das direções clínicas dos hospitais com cuidados obstétricos intraparto. A avaliação da implementação da presente Norma é executada a nível central pela Direção-Geral da Saúde através da publicação de relatório anual.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) Os valores elevados da taxa de cesarianas de alguns países^{1,2} e de alguns hospitais tem motivado uma avaliação mais aprofundada das indicações de cesariana. A sistematização das indicações de cesariana é uma prática útil para estruturar o raciocínio clínico, para uma clara documentação da decisão médica e para a auditoria hospitalar. A classificação das indicações de cesariana descrita na presente Norma é baseada em fatores importantes para a documentação da orientação clínica e para a posterior comparação inter-hospitalar e internacional^{3,4}.
- b) A classificação da cesariana quanto à urgência tem particular interesse no âmbito da documentação da decisão clínica e na melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde, podendo ter repercussões no desfecho materno e neonatal. A classificação da cesariana quanto à ausência de trabalho de parto ou quanto à fase do trabalho de parto tem interesse no âmbito da auditoria clínica e no estabelecimento do risco cirúrgico. A classificação da cesariana quanto ao motivo principal tem interesse sobretudo para a documentação da decisão clínica e no âmbito da auditoria clínica. A classificação da cesariana baseada nas principais características da gravidez tem interesse sobretudo na auditoria clínica e na comparação inter-hospitalar e internacional.

V – APOIO CIENTÍFICO

Diogo Ayres de Campos (coordenação)

Sónia Brandão, Nuno Clode, Cristina Lopes, Cristina Matos, Teresa Morgado, Fátima Sena e Silva, Lisa Vicente, Olga Viseu – Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas

Luís Mendes da Graça - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

Teresa Tomé - Sociedade Portuguesa de Pediatria

Dolores Sardo - Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

Vítor Varela - Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros

O Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos aprova o conteúdo da presente Norma, mas por princípio não subscreve documentos de orientação médica, técnico-científica, simultaneamente subscritos por entidades não médicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. EuroPeristat project with SCPE and EUROCAT. European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. May 2013. www.europeristat.com (consultado em 15 outubro 2013).
2. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, et al. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:331.e1-19.
3. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS ONE* 2011;6(1): e14566. doi:10.1371/journal.pone.0014566.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Caesarean section. Clinical guideline 132. November 2011.
5. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review* 201;12:23-39.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde