

The view of the Clinical Obstetrician in the Caesarian vs. Normal Childbirth Controversy

Luiz Camano*
Eduardo de Souza*

Abstract

Obstetrics has not been indifferent to the profound socioeconomic and cultural changes, nor to the scientific technological achievements of the last decades. Obviously, it also had to adjust, adapt and evolve in relation to this new vision. Changes in the obstetric population have also occurred. Women have stopped getting pregnant in their nubility. They first seek professional and economic achievement and then think about childbearing. The number of elderly and late primigravidae has grown; often, from assisted reproduction. Pregnant women have conquered the right of being better assisted and the respect regarding their convictions. We have seen and read concerning the emphasis with which women, who desire a normal birth, receive support and encouragement. Whereas other women, convicted in their decision to receive their child through cesarean, do not receive the same consideration.

Keywords: Obstetrics. Caesarian. Normal Birth. Controversy.

Considerations on cesarian birth

Obstetrics has not been indifferent to the profound socioeconomic and cultural changes, nor to the scientific technological achievements of the last decades. Obviously, it also had to adjust, adapt and evolve in relation to this new vision. Changes in the obstetric population has also occurred. Women did not become pregnant during their nubile time (the ideal age for parturition would be between 18 and 24 years, according to Briquet in 1932)¹.

They first seek professional and economic achievements and then think about the offspring. The number of elderly and late primigravidae has increased, often resulting from assisted reproduction. Pregnant women have conquered the right of being better assisted and the respect for their convictions. With the arrival of the cesarean technique, many deaths at the time of childbirth avoided.

The caesarean section presents remarkable historical milestones in its evolution:

- Porro's operation, performed on May

21, 1876, by Eduardo Porro, on the rickety, primiparous Júlia Cavallini, having a 4 cm conjugata vera, which became known as "*taglio cesareo demolitore*" (Porro, 1876)². He removed the uterus and the attachments, fixed her cervix on the abdominal wall and drained her belly. Mother and son left the hospital on the 39th day and represented the only cesarean with survivors at the traditional clinic in Padua.

- Maternal death decreased in the late nineteenth and early twentieth centuries, with the introduction of anesthesia (Simpson, 1847); with Ignatius Felipe Semmelweis, (1847)⁴ tracking puerperal infection; with Lister (1867)⁵ introducing the fundamentals of antiseptics through the use of phenol and uterine sutures in Max Sänger's bodily incision (1882)⁶ and the segmental incision of Ferdinando Adolfo Keher (1881)⁷.

- Prof. Delascio reported in his classes that, in 1935, maternal mortality at University Institutions in São Paulo was still relevant.

DOI: 10.15343/0104-7809.201740A555568

*Department of Obstetrics of the Federal University of São Paulo - Paulista School of Medicine. São Paulo/SP, Brazil.

- The discovery of sulfamide by the German pathologist Gerhard Domagk * in 1932 (awarded the Nobel Prize for Medicine in 1939) and penicillin by Sir Alexander Fleming ** in 1941 (also awarded the Nobel Prize in 1945 and with the title of Knight of the British Crown).

Finally, we emphasize that in the last decades, the technical and scientific expediency, the evolution of the anesthesia and the operative dedication, have effectively contributed to the reduction of maternal deaths.

These days, maternal mortality from cesarean section is small. In the United States, Clark et al. (2009)⁸, reviewed 1.5 million gestations and a rate in the order of 2.2 deaths per 100,000 cesareans was found.

It is clear to understand that the dramatic reduction in maternal mortality in the caesarean section, absolute before Porro's "*taglio cesareo demolitore*" (1876)², provided a broadening of indications for the resolution of hysterotomic childbirth.

Other indications are the classic ones represented by hemorrhagic syndromes (placenta previa, premature placenta detachment), anomalous presentations (corneal, pelvic, forehead), cephalopelvic disproportion, dystocia, etc.

Today, we have increased the indication for tomotocia: in cesarean section on demand; in vitality impairment; in twins; in the pelvis; in certain cases of malformations (such as in the hydrocephalus) in prematurity; in the overvalued fetus (Delascio), as occurs in elderly and late primigravidae, especially when it results from assisted reproduction; in bad obstetric history; in the macrosomic fetus; in iterative cesarean section; in previous taquitocic delivery; in pelvic defect (e.g. narrowness), and in many obstetric complications (such as in pre-eclampsia, eclampsia, and in clinical surgical situations).

We prefer to indicate a cesarean section in

the cases of so-called "araeutocia or amphitocia (Beruti) or dystocia (Demelin), where vaginal birth can be terminated without harm to the mother or the fetus, even with apprehensions, reservations and risks. We think that in today's obstetrics there is no more room for risk.

For many years, we have taught that maternal mortality by cesarean section is four to five times greater than that found in normal birth.

We are, however, absolutely convinced that in elective cesarean section, maternal death is close to that reported in vaginal delivery. In the non-elective cesareans, we intervene in a non-healthy patient, and obstetric and clinical-surgical complications are related to more ominous prognoses. Because of the prediction, the cesarean section is justified on request in the case of pregnancy, since its practice would not increase maternal mortality.

We present data from the Santa Joana Maternity Hospital to support our conviction, which were presented by Dr. Mônica Maria Siallys, at the 1st Forum on Obstetric Consciousness on 12/6/2014 in São Paulo⁹.

She reported that in the 1960's, the incidence of caesarean sections was 30%. In the 1980's, the percentage surpassed 50% and thereafter rose steadily; reaching about 90% of deliveries in 2000 and remaining within this range (Figure 1).

She analyzed the results of cesarean sections in the light of maternal and neonatal mortality and morbidity. According to Siallys (2014)⁹, the coefficient in Brazil is 68.2 per 100,000 live births, according to the World Health Organization. At the Santa Joana Maternity Hospital, since 2003, when the Maternal Death Commission was officially created, there were more than 141 thousand births (Figure 2).

Siallys (2014)⁹ pointed out that, in the light of the Brazilian coefficient of maternal mortality, we would expect to have at least 96 maternal

* Born in Germany, pathologist Gerhard Domagk was awarded the 1939 Nobel Prize for his discovery of the therapeutic action of prontosil on various infectious diseases. The honor, however, could only be accepted in 1947, because the Nazi regime prohibited the scientist from traveling to Stockholm in 1939. In 1947, Domagk did not receive the cash prize, as the deadline for this had been prescribed, according to regulation of the Nobel Foundation, but was awarded the diploma delivered by the King of Sweden himself.

** One of the greatest scientific discoveries of the twentieth century - penicillin - gave bacteriologist Alexander Fleming, biochemist Ernst Chain and pathologist Howard Florey the Nobel Prize of 1945. While working at the Saint Mary's Hospital in London in 1928, Alexander Fleming noticed that a little mold had contaminated a culture of staphylococci, a bacterium responsible for skin infections and other conditions. The mold seemed to produce some substance that attacked the bacteria. After deepening his research on the constitution of mold, Fleming came to the conclusion that the substance produced - which he named penicillin - inhibited the growth of sensitive bacteria. In 1941, with World War II in full bloom in Europe, Howard Florey, traveled to the United States to confirm the production of penicillin on a large scale by the US government. Preoccupied, before leaving England, Florey kept penicillin mold germs in the lining of his coat - these could then be recovered later if the cultures in England were destroyed by the Germans.

deaths in the institution, but only six occurred. Thus, the maternal mortality coefficient was 4.24 per 100,000 live births, equivalent to the best reports in the literature (Figure 3).

Likewise, neonatal mortality of 4.14 per

1000 live births was about 50% lower than the Brazilian average, and most of the infants who died at the institution had malformations incompatible with life or extreme prematurity (Figure 4).

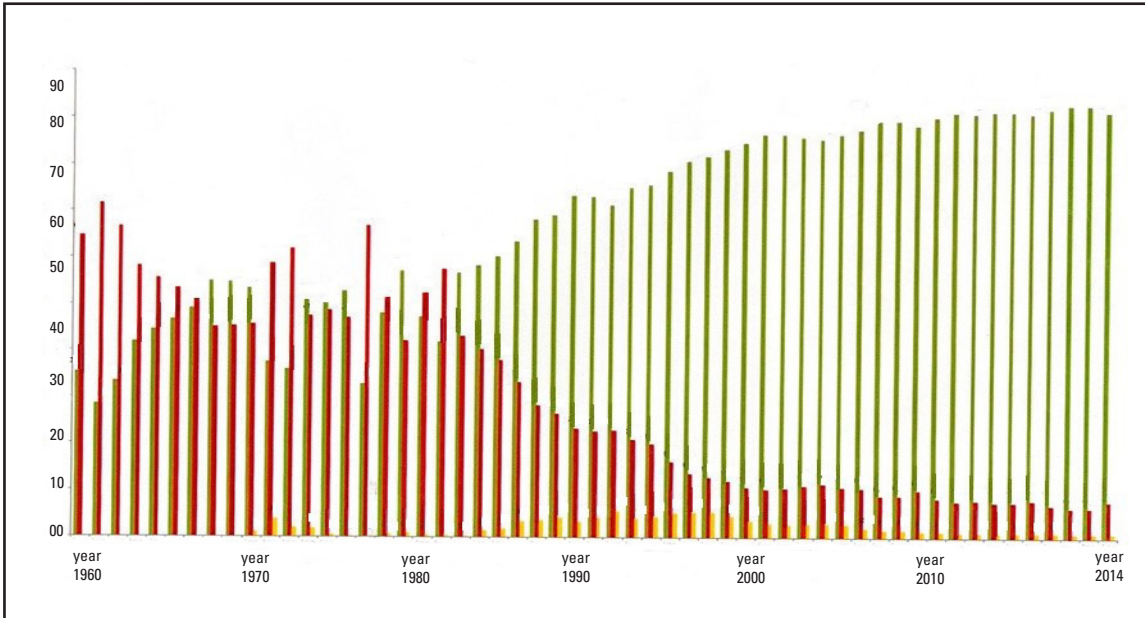


Figure 1 – Evolution of obstetric practice in HMSJ (1960-2014).

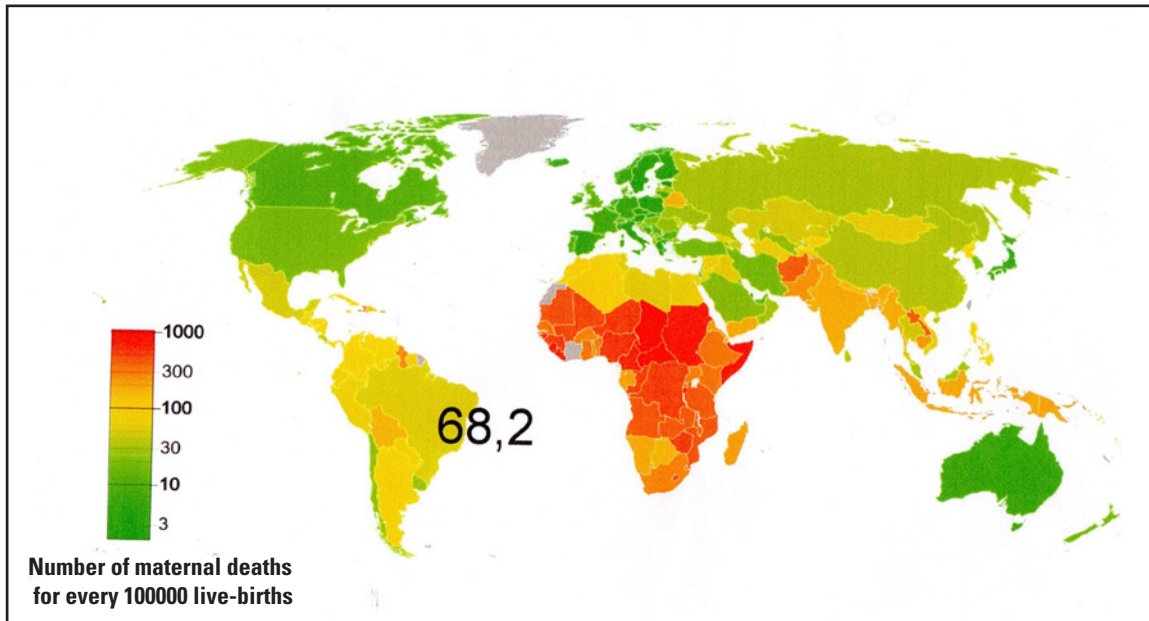


Figure 2 – World Maternal Mortality - 2012.

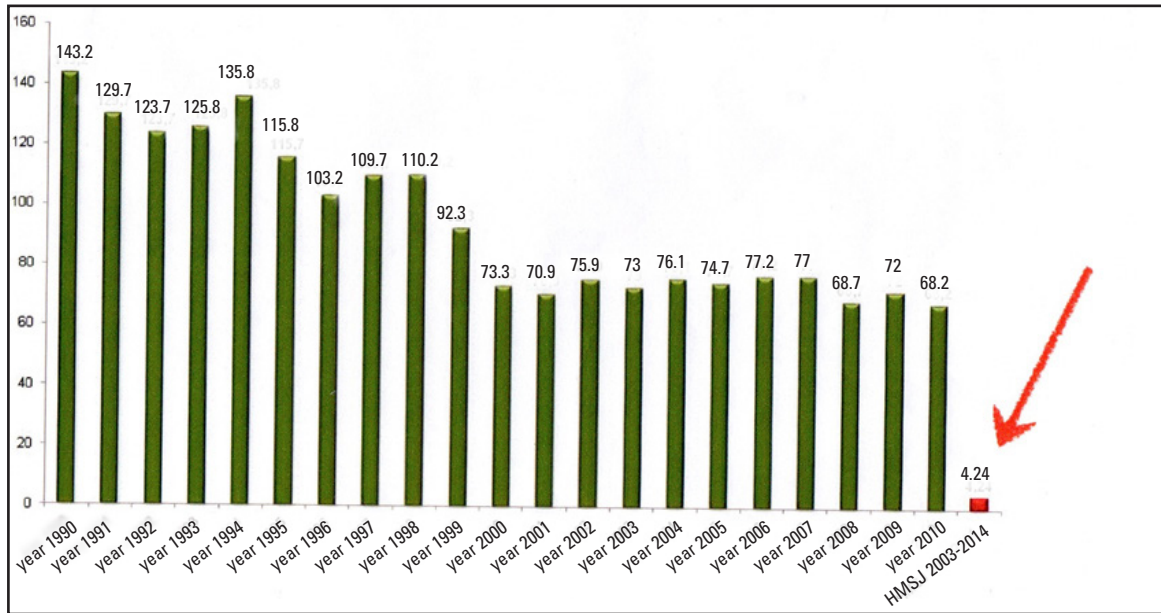


Figure 3 – Brazilian and HMSJ maternal mortality rate.

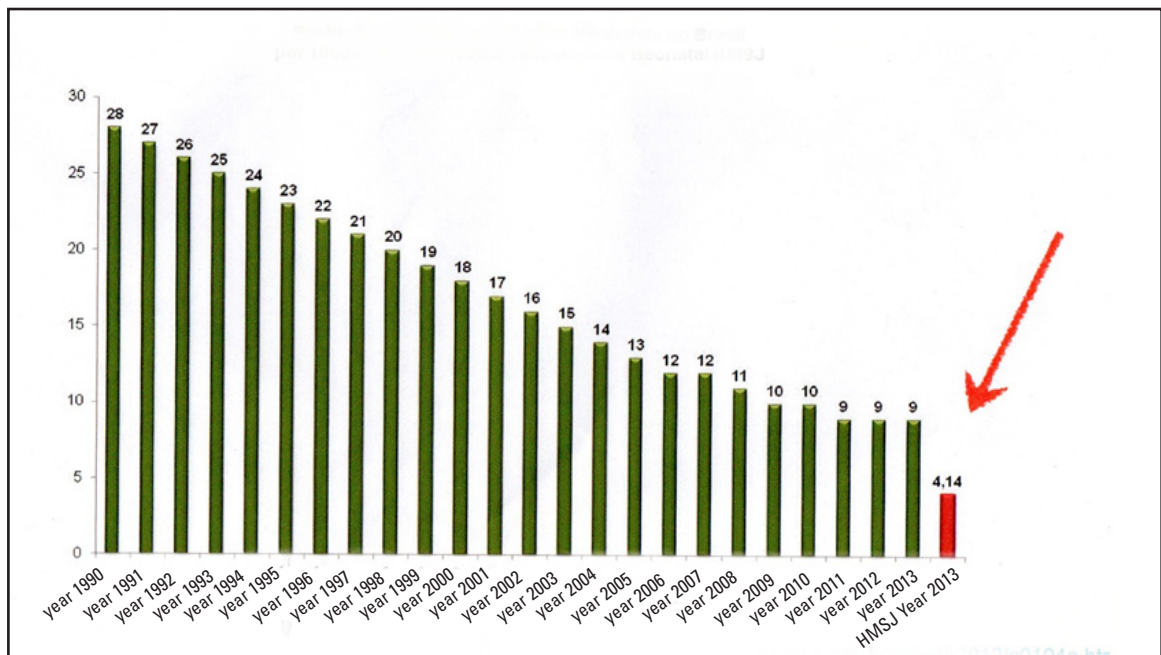


Figure 4 – Brazilian and HMSJ neonatal mortality.

Siauly (2014)⁹ also reported, in the light of hospital infections in the maternal morbidities analyzed, that there is a need for blood transfusions, and that postoperative pain was about ten times lower than those reported in the literature.

Regarding the morbidity of newborns, he

pointed out that the frequency of retinopathy from prematurity, pneumothorax, late infection, fungal infection, necrotizing enterocolitis and periventricular intracranial hemorrhages are equivalent to or better than those obtained by the Vermont Network (which analyzed data from 950 neonatal ICUs).

A caesarian, on request, is an example of the changes we have seen in the practice of obstetrics. Zugaib (2008)¹⁰ defines this intervention as an operation performed according to the patient's conviction, in the absence of any medical or obstetrical indication, in response to the free manifestation of willingness and desire of the pregnant woman.

According to Cunningham et al., (2010)¹¹ a cesarean section upon request is one of the most important and controversial issues that obstetrics faces today, having increased 50% in the last decade. Gossman et al. (2005) estimated that it represents about 2.5% of all births in the United States.

We suppose that similarly to what happened with plastic surgeons, obstetricians must respect the sovereign right of patients to choose the way they want to give birth. It is autonomy in clinical practice, and it means the ability to govern oneself (independence), that is, it is the principle that recognizes that people have the power to decide on issues that are inherent to them.

In the caesarean patient, it is difficult to obtain eutocic parturition. The obstetrician should insist on dialogue, in search of a shared decision. Denying her care will plunge her into anxiety neurosis, or a depressive state, remembering that persuasion is always better than imposition. No emphasis will be placed on persuading the pregnant woman to deliver vaginal delivery, nor is there a need to underline the risks of a cesarean section, which will lead to panic if the indication arises (Rezende, 2002).

Cunningham et al reported. (2010)¹¹, that among the reasons alleged by the pregnant woman who requested a cesarean section are:

- Avoid pelvic floor injuries;
- Decrease risks of damages to the fetus;
- Avoid uncertainties and pain related to parturition;
- Other conveniences.

They also emphasized that elective tomotocly should not be performed on request before the 39th week is completed and should be avoided in women wishing to have many children.

Cunningham et al. (2010)¹¹ reported that there is enough data in the literature to support the ethical decision of the obstetrician to accept the patient's informed decision to opt for a

cesarean section. They also reported that in the United States, this represents about 2.59 of the tomotocias.

Mancuso et al. (2006)¹³ in a study performed in southern Italy, reported that the desire for cesarean section was related to those aged 35 years or more, with a higher level of education, with previous infertility. The most frequent motivation was safe birth and was attributed to changes in attitudes in society.

Considerations about vaginal birth

In the last decades, we have found, in giving birth, impressive changes. Obstetrical art, according to Camano and Mattar (1983)¹⁴, adapts to new concepts, where they do not obtain more protection from the bold extractive interventions that require strength, sometimes with nuances of acrobatics and juggling, to the detriment of the subtle and delicate imposition of vaginal delivery.

Obstetrics during this half-century, metamorphosed from an arrogant and ignoble art, purely extractive (although examined by distinguished figures), in a highly specialized branch of modern medicine, demanding full study, clinical clarity and surgical dedication (Rezende, 2002)¹².

We also observe the decline of the influence of the older generations of obstetricians, trained to solve their difficulties through vaginal surgical procedures. Consequently, the birth-giving art is reduced to two interventions: cesarean section and low forceps.

The extractive interventions potentially harmful to the mother and/or the fetus have become peremptory (for example high forceps, pelvic extraction, internal version, Braxton-Hicks version, embryotomies, etc.).

We continue to regard normal childbirth as the epilogue of obstetric art and science. We encourage its practice in eutocic parturition, when the evolution of labor is performed in a harmonic, timely and risk-free manner. We also believe that there is no more space in obstetrics for prolonged dilatation and expulsive periods.

We insist that delivery takes place in an appropriate and safe place. Many maternity

hospitals have inserted with the obstetrical surgical center, pleasant delivery rooms that resemble a domestic environment, with bathtubs, music, etc. The parturient woman can feel calmer, can wander about and receive appropriate food. We think the presence of the father is important. The parturition should be performed as a ceremonial ritual and with great solemnity: a son is born, a mother is born, a father is born, and a family is born. This

vision is not recent, St. Joseph was at Mary's side at the birth of Jesus and accompanied her in the puerperium, receiving the gifts (gold, frankincense and myrrh) of the Magi (Melchior, Baltasar and Gaspar). We disagree with the need for doula, which can be advantageously replaced by the effective presence of the doctors (obstetrician, anesthesiologist and neonatologist) and the midwife; of home birth and of the so-called birth centers.

Conclusions

We believe we can conclude that normal delivery is a medical procedure. The obstetrician should do so with an assistant, and should perform, after birth, a thorough review of the birth canal.

The low or outgoing and vacuum-extraction forceps are not a "lost art" and continues to be indicated, for example, in prolonged expulsion, in the impaired vitality of the unborn child, in parturient with a previous cesarean delivery, in cardiac patients, etc.

In the epilogue of these reflections, it is important to emphasize: we respect the convictions of pregnant women regarding childbirth; we accept the extension of cesarean indications, including on request, and we encourage vaginal delivery when it occurs in a eutocic, easy and not prolonged way, without risks to the mother and the unborn child.

Finally, in short, a word of indignation. We have seen and read concerning the emphasis

with which women, who desire a normal birth, receive support and encouragement. Whereas other women, convicted in their decision to receive their child through cesarean, do not receive the same consideration.

The Public Maternities and the University Institutions, do not accept caesarians upon request and this ambiguous attitude, represents a discrimination.

We believe that the enunciated norms are intended to meet the princely design of obstetrics, which is to preserve the integrity of maternal health and to provide the unborn child with all the promising potential for their full somatic, neurological and psychic development in order to become a healthy citizen physically and psychologically.

Thus, they will have the necessary conditions to be useful to society, to their family, and to be able have a brilliant and delightful future. (Camano et al., 2003)15.

REFERENCES

- 1 - Briquet R, *Obstetrícia Normal* - São Paulo - Editora Freitas Bastos; 1939
- 2- Waszynski E., 1994.Surgical technique for cesarean section of Eduardo Porro (1842-1902) and its significance for obstetric development. In the 150th anniversary year of the method's creator. *Ginekol Pol.* 1994 Apr;65(4):196-201
- 3- Croom H. Sir James Simpson's influence on the progress of obstetrics. *Edinburgh Medical Journal*1911;6:523-33.
- 4- Ornella Moscucci (1990). *The Science of Woman: Gynaecology and Gender in England, 1800-1929* (en inglés). Cambridge University Press. ISBN 0521327415.
- 5- Lister, Baron Joseph (2010-08-01). "The Classic: On the Antiseptic Principle in the Practice of Surgery". *Clinical Orthopaedics and Related Research.* 468 (8): 2012-2016. ISSN 0009-921X.
6. Hem E1, Børdahl PE. 2003. Max Sänger - father of the modern caesarean section. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55(3):127-9.
7. *Physiologie und Pathologie des Wochenbetts, (Physiology and pathology of the puerperium)*, in Volumes I and III of P. Müller's *Handbuch der Geburtshilfe* (1888-89)
- 8-Clark SL, Miller DD, Belfort MA et al. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery.*Am J Obstet Gynecol* 200 (2); 156, 2009
- 9-Siaulyš MM.- 1º Fórum sobre Consciência Obstétrica. Resultados da Prática Obstétrica nas Maternidades Particulares. *Vida ; 2015*

- 10 - Zugaib, M. *Obstetrícia* - São Paulo Editora Manole Ltda - 2008.
- 11- Cunnigham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY editores. *Williams Obstetrics*, New York: The McGraw-Hill Companies; 2010
- 12-Rezende J, *Obstetrícia* - 9ª Edição - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA; 2002
- 13-Mancuso A, De Vivo A; Fanara G, Settineri S; Triuolo O, Giacobbe A; Women's preference on mode of delivery in Southern; Italy, *Acta Obstet - Gynecol Scand* 2006; 85; 694 - 9
- 14-Camano L; Mattar R; Reflexões sobre a Incidência de Cesárea. *Rev. Paul Med.* 101 (4)155-159, 1983
- 15 - Camano L , de Souza E, Sass N, Mattar R, editores. *Obstetrícia* - São Paulo: Manole Ltda; 2003
- Noro JJ, Berch VM, Prêmios Nobel Fisiologia e Medicina. São Paulo, JSN Editora Ltda.

A visão do Obstetra Clínico na Polêmica Cesariana X Parto Normal

Luiz Camano*
Eduardo de Souza*

562

Resumo

A Obstetrícia não ficou indiferente às profundas mudanças socioeconômicas e culturais, nem às conquistas científicas tecnológicas das últimas décadas. Obviamente, que também teve de se ajustar, adaptar e evoluir em relação a esta nova visão. Ocorreram, outrossim, mudanças na população obstétrica. A mulher deixou de engravidar na nubilidadade. Procura primeiro a realização profissional e econômica e depois pensa na prole. O número de primigestas idosas e tardias cresceu, muitas vezes, oriundo da reprodução assistida. A grávida conquistou o direito de ser melhor assistida e o respeito às suas convicções. Assistimos e vemos a ênfase com que se apoia e se estimula a resolução da mulher que deseja um parto normal. A outra, também convicta em sua decisão de receber o seu filho através da cesariana, não recebe a mesma consideração.

Palavras-chave: Obstetrícia. Cesariana. Parto Normal. Polemica.

Considerações sobre o parto cesariana

A Obstetrícia não ficou indiferente às profundas mudanças socioeconômicas e culturais, nem às conquistas científicas tecnológicas das últimas décadas. Obviamente, que também teve de se ajustar, adaptar e evoluir em relação a esta nova visão. Ocorreram, outrossim, mudanças na população obstétrica. A mulher deixou de engravidar na nubilidadade (idade ideal para a parturição seria de 18 a 24 anos, segundo Briquet em 1932)¹. Procura primeiro a realização profissional e econômica e depois pensa na prole.

O número de primigestas idosas e tardias cresceu, muitas vezes oriundo da reprodução assistida. A grávida conquistou o direito de ser melhor assistida e o respeito às suas convicções. Com o advento da técnica da cesariana muitas mortes na hora do parto deixaram de existir. A cesariana apresenta notáveis marcos históricos na sua evolução:

- A operação de Porro, realizada em 21 de

maio de 1876, por Eduardo Porro, na primípara Júlia Cavalini, raquítica, tendo a “conjugata vera” de 4 cm, que ficou conhecida como “Talho cesáreo demolitore” (Porro, 1876)². Retirou o útero e os anexos, fixou o colo na parede abdominal e drenou o ventre. Mãe e filho deixaram o hospital no 39º dia e representou a única cesariana com sobreviventes na tradicional clínica de Pádua.

- O decesso materno minuiu no fim do século XIX e início do XX, com a introdução da anestesia (Simpson, 1847)³; com Inácio Felipe Semmelweis, (1847)⁴ rastreando a infecção puerperal; com Lister (1867)⁵ introduzindo os fundamentos da anti-sepsia, através do emprego do fenol e com a sutura uterina na incisão corporal de Max Sänger (1882)⁶ e a segmentar de Ferdinando Adolfo Keher (1881)⁷.

- O Prof. Delascio relatava em suas aulas, que em 1935, a mortalidade materna em Instituições Universitárias em São Paulo, era

ainda relevante.

- A descoberta da sulfamida pelo patologista alemão Gerhard Domagk * em 1932 (agraciado com o Prêmio Nobel de Medicina em 1939) e da penicilina por Sir Alexander Fleming ** em 1941 (contemplado também com o Prêmio Nobel em 1945 e com o Título de Cavaleiro da Coroa Britânica);

Ressaltamos por fim, que nas últimas décadas, o apuro técnico-científico, o evoluir da anestesia e o esmero operatório, contribuíram efetivamente na redução do decesso materno.

Em nossos dias a mortalidade materna decorrente da cesariana é pequena. Nos Estados Unidos, Clark e col. (2009)⁸, em revisão 1,5 milhões de gestação encontraram taxa da ordem de 2,2 por 100.000 cesáreas.

Fica claro entender que a dramática redução da mortalidade materna na cesariana - absoluta antes do "Talho cesareo dermolitore" de Porro (1876)²-, proporcionou a ampliação das indicações para resolução do parto por via alta.

Somamos outras indicações as clássicas representadas pelas síndromes hemorrágicas (placenta prévia, descolamento prematuro da placenta), pelas apresentações anômalas (côrmica, pélvica, frente), pela desproporção cefalopélvica, pelas distocias, etc.

Acrescentamos em nossos dias, o aumento da indicação da tomotomia: na cesariana a pedido; no comprometimento da vitabilidade; no gemelar; no pélvico; em certos casos de malformações (como no hidrocefalo) na prematuridade; no concepto supervalorizado (Delascio), como ocorre nas primigestas idosas e tardias, principalmente quando resulta de reprodução assistida; no mal antecedente obstétrico; no feto macrossômico; na cesariana iterativa; no parto taquitócico prévio; no vício pélvico (por exemplo estreito médio angustiado) e em muitas intercorrências obstétricas (como

na pré-eclâmpsia, e eclâmpsia e clínico-cirúrgicas).

Preferimos indicar a cesariana nos casos assim chamados de paraeutocia ou anfitocia (Beruti) ou de limiar da distocia (Demelin), onde pode-se terminar o parto vaginal sem dano à mãe ou ao concepto, embora com apreensões, reservas e riscos. Julgamos que na obstetrícia atual não há mais lugar para riscos.

Por muitos lustros, ensinamos que a mortalidade materna na cesariana é quatro a cinco vezes maior que a encontrada no parto normal.

Estamos, todavia, absolutamente convictos, que na cesariana eletiva, o decesso materno se avizinha à relatada no parto vaginal. Na cesariana não eletiva, intervimos numa paciente não hígida e as intercorrências obstétricas e clínico-cirúrgicas, se relacionam com prognósticos mais ominosos.

Em razão do predito, passa-se a justificar a cesariana a pedido no terno da gravidez, uma vez que sua prática não aumentaria a mortalidade materna.

Apresentamos em apoio a esta nossa convicção, dados do Hospital e Maternidade Santa Joana, que foram apresentados pela Dra. Mônica Maria Siauly, no 1º Fórum sobre Consciência Obstétrica em 06/12/2014 em São Paulo⁹.

Relatou que na década de 1960, a incidência de cesáreas era de 30%. Nos anos 1980, a percentagem ultrapassou os 50% e, a partir de então, subiu gradativamente, atingindo cerca de 90% dos partos em 2000 e mantendo-se nessa faixa (figura 1).

Analizou os resultados das cesarianas à luz da mortalidade e morbidade materna e neonatal.

No que diz respeito a mortalidade materna, apurou Siauly (2014)⁹, o coeficiente no Brasil é de 68,2 por 100 mil nascidos vivos, segundo

* Nascido na Alemanha, o patologista Gerhard Domagk foi agraciado com o Prêmio Nobel de 1939, por sua descoberta da ação terapêutica do prontossil em diversas enfermidades contagiosas. A honraria, porém, só pôde ser aceita em 1947, por que o regime nazista proibiu o cientista de viajar a Estocolmo em 1939. Em 1947, Domagk não recebeu o prêmio em dinheiro, já que o prazo para isso havia prescrito, segundo o regulamento da Fundação Nobel, mas foi laureado com o diploma entregue pelo próprio rei da Suécia.

**Uma das maiores descobertas científicas do século XX - a penicilina - deu ao bacteriologista Alexander Fleming, ao bioquímico Ernst Chain e ao patologista Howard Florey, o Nobel de 1945. Quando trabalhava no Hospital Saint Mary, de Londres, em 1928, Alexander Fleming percebeu que um pouco de bolor tinha contaminado uma cultura de estafilococos, bactéria responsável por infecções cutâneas e outras afecções. O bolor parecia produzir alguma substância que atacava a bactéria. Depois de aprofundar suas pesquisas sobre a constituição do bolor, Fleming chegou à conclusão de que a substância produzida - à qual ele deu o nome de penicilina - inibia o crescimento de bactérias sensíveis. Em 1941, com a Segunda Guerra em pleno curso na Europa, Howard Florey, viajou aos Estados Unidos para acertar a produção da penicilina em larga escala pelo governo norte-americano. Precavido, antes de deixar a Inglaterra, Florey guardou no forro de seu casaco, germes do bolor de penicilina - estes poderiam ser recuperados posteriormente, caso as culturas na Inglaterra fossem destruídas pelos alemães.

Organização Mundial de Saúde. No Hospital e Maternidade Santa Joana, desde 2003, quando foi oficialmente criada a Comissão de Óbitos Maternos, houve mais de 141 mil nascimentos (figura 2).

Assinalou Siaulyš (2014)⁹, que à luz do coeficiente brasileiro de mortalidade materna, esperaríamos ter na instituição pelo menos 96 óbitos maternos, contudo ocorreram somente seis. Apurou assim, coeficiente de mortalidade

materna de 4,24 por 100 mil nascidos vivos, equivalente aos melhores relatados na literatura (figura 3).

Da mesma forma, a mortalidade neonatal 4,14 por 1000 nascidos vivos, foi cerca de 50% menor que a média brasileira, sendo que a maioria dos recém-nascidos falecidos na Instituição tinham malformações incompatíveis com a vida ou prematuridade extrema (figura 4).

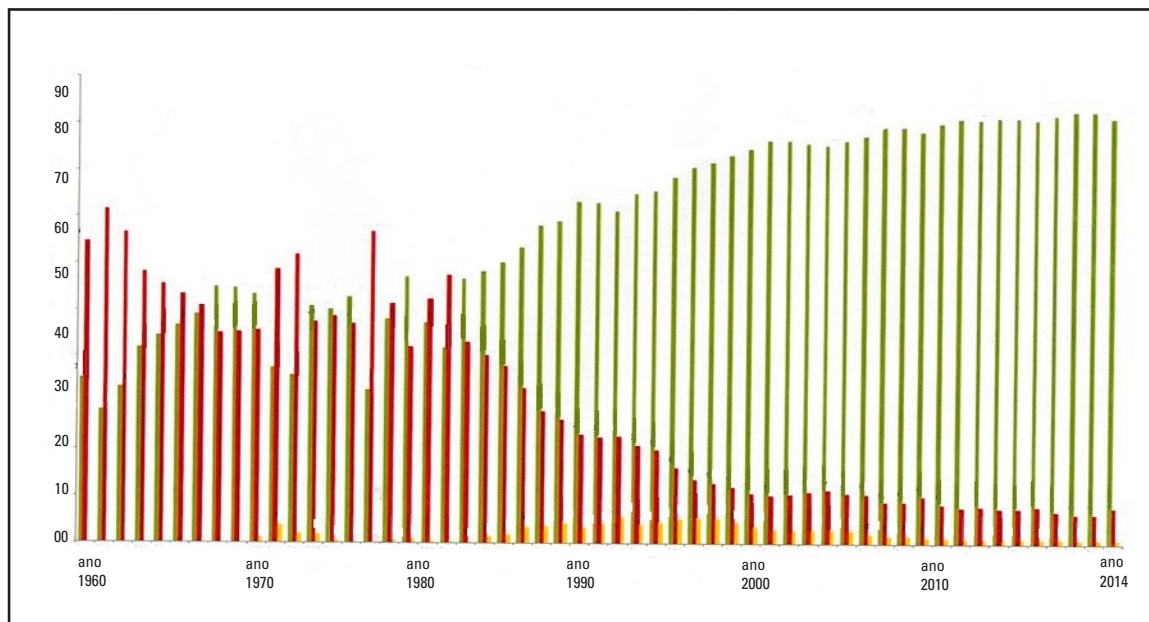


Figura 1 – Evolução da prática obstétrica no HMSJ (1960-2014).

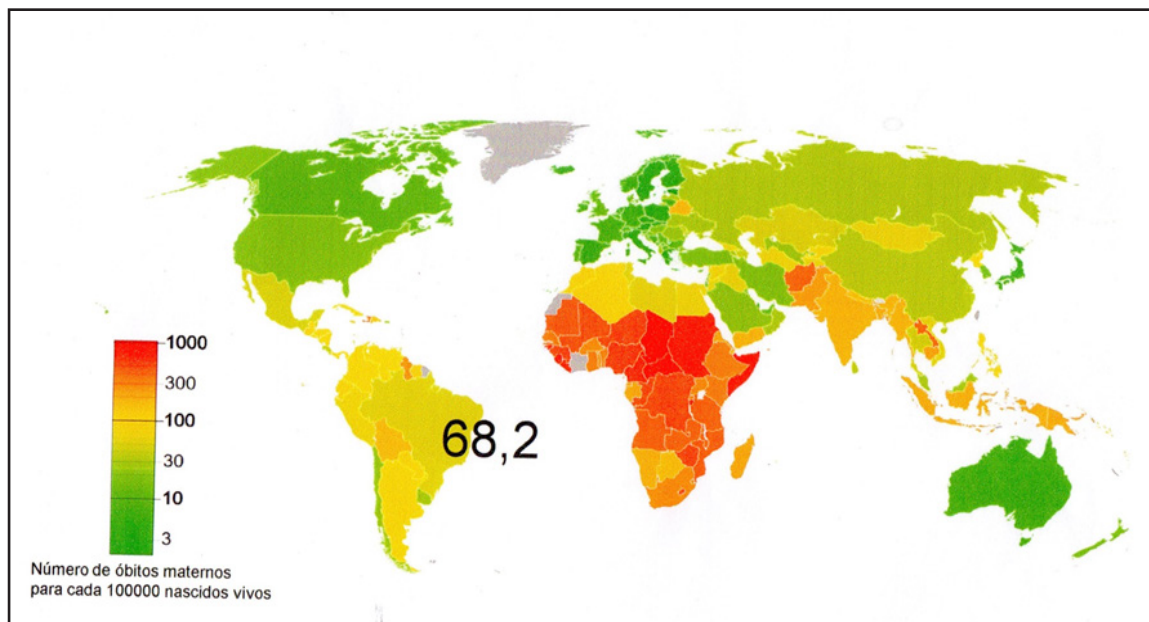


Figure 2 – Mortalidade Materna Mundial - 2012.

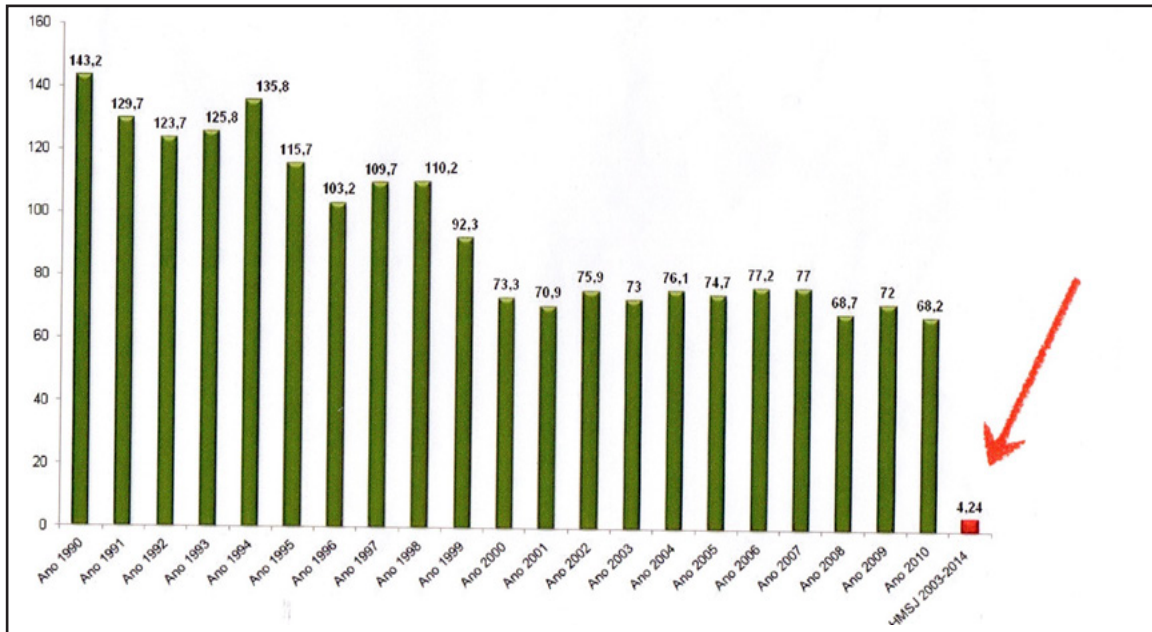


Figura 3 – Taxa de mortalidade materna brasileira e no HMSJ.

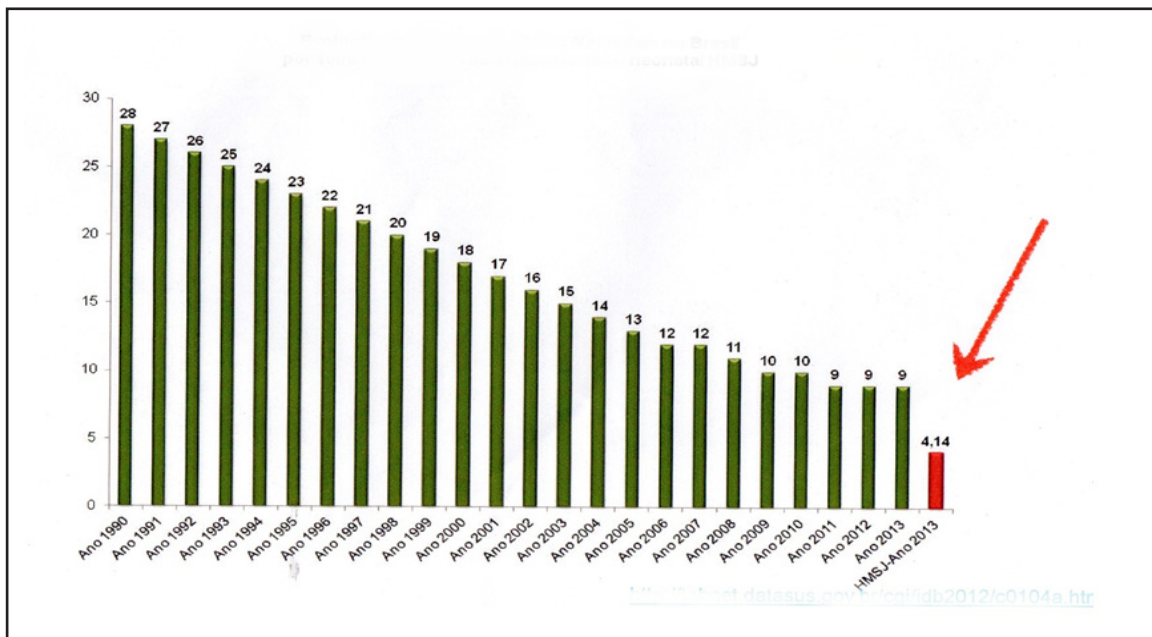


Figura 4 – Evolução do Número de Óbitos Neonatais no Brasil por 1000 nascidos vivos x Taxa de Óbito neonatal HMSJ.

Relatou ainda Siauly (2014)⁹, que a morbidade materna analisada à luz da infecção hospitalar, da necessidade de transfusão de sangue e em relação a dor no pós-operatório, foi cerca de dez vezes menor que as relatadas na literatura.

Quanto a morbidez dos recém-nados, assinalou que a frequência de retinopatia da

prematuridade, do pneumotórax, da infecção tardia, da infecção fúngica, da enterocolite necrotizante e da hemorragia intracraniana periventricular, são equivalentes ou melhores dos obtidos pela Rede Vermont (que analisa os dados de 950 UTIs neonatais).

A cesárea a pedido, constitui exemplo das mudanças que assistimos no exercício

da Obstetrícia, Zugaib (2008)¹⁰ define esta intervenção como uma operação realizada em função da convicção da paciente, na ausência de qualquer indicação médica ou obstétrica, em atendimento à livre manifestação de vontade pelo desejo e ou conveniência da gestante.

Assinalaram Cunningham et al., (2010)¹¹ que a cesariana a pedido é uma das questões mais importantes e controversas que a Obstetrícia enfrenta na atualidade, tendo aumentado 50% na última década. Citaram Gossman e col. (2005) que estimaram que ela representa cerca de 2,5% de todos os nascimentos ocorridos nos Estados Unidos.

Julgamos à semelhança do sucedido com o cirurgião plástico, o obstetra deve respeitar o direito soberano das pacientes de escolher a maneira que deseja parir. É a autonomia na prática clínica, e significa a capacidade de governar a si próprio (independência), ou seja, é o princípio que reconhece que as pessoas detêm o poder de decidir sobre questões que lhe são inerentes.

Na paciente obstinada pela cesariana, dificilmente se consegue parturição eutócica. O obstetra deve insistir no diálogo, na procura de uma decisão compartilhada. Negar-lhe o atendimento vai mergulhá-la em neurose de ansiedade, ou estado depressivo, lembrando que a persuasão é sempre melhor que as imposições. Não se dará ênfase ao persuadir a grávida pelo parto vaginal, nem carece sublinhar os riscos da cesariana, o que levará a pânico desatremado, se a indicação surgir (Rezende, 2002)¹².

Relataram Cunningham et al. (2010)¹¹, que entre as razões alegadas pela grávida na solicitação de cesariana a pedido destacam-se:

- Evitar lesões do assoalho pélvico;
- Minuir riscos de agravos ao concepto;
- Evitar as incertezas e dor relativas a parturição;
- Outras conveniências.

Enfatizaram, outrossim, que não deve ser realizada a tomotocia eletiva a pedido antes de completada a 39ª semana e evitá-la nas mulheres que pretendam ter muitos filhos.

Referiram ainda, Cunningham et al., (2010)¹¹, que na literatura, há dados suficientes, colaborando para decisão ética do obstetra em aceitar a livre decisão informada da paciente

em optar pela cesariana.

Relataram outrossim, que nos Estados Unidos, ela representa cerca de 2,59 das tomotocias.

Mancuso e col. (2006)¹³ em trabalho realizado no sul da Itália, relataram que o desejo de cesárea foi relacionado com a idade de 35 anos ou mais, com melhor nível de educação, com a infertilidade prévia. A motivação mais frequente foi o nascimento seguro e atribuíram a mudanças de atitudes na sociedade.

Considerações sobre o parto cesariana

Nas últimas décadas, apuramos, na tocurgia, modificações marcantes. A Obstetrícia arte, assinalaram Camano e Mattar (1983)¹⁴, adapta-se às novas concepções, onde não obtêm mais guarida as intervenções extrativas ousadas que requeriam a força, por vezes com nuances de acrobacia e malabarismo, em detrimento da sutileza e da delicadeza impositivas na resolução do parto vaginal.

A Obstetrícia durante este meio século, metamorfoseou-se de arte arrogante e sem nobreza, puramente extrativa (embora perulustrada por vultos insignes), em ramo altamente especializado da medicina moderna, demandando estudo integral, argúcia clínica e esmero cirúrgico (Rezende, 2002)¹².

Observamos, outrossim, o declínio da influência das gerações mais velhas de obstetras, treinados a resolver suas dificuldades através de procedimentos cirúrgicos vaginais. Conseqüentemente, a Tocurgia arte reduz-se a duas intervenções: cesariana e fórcepe baixo. As intervenções extrativas potencialmente lesivas à mãe e ou ao concepto, tornaram-se peremptas (como exemplos o fórcepe alto, a extração pélvica, a versão interna, a versão de Braxton-Hicks, as embriotomias, etc). Continuamos a considerar o parto normal como o epílogo da arte e da ciência obstétrica. Incentivamos a sua prática na parturição eutócica, quando a evolução do parto se processa de forma harmônica, em tempo adequado e sem riscos. Julgamos também, que não há também mais lugar na obstetrícia para períodos dilatação e expulsivo prolongados.

Insistimos que o parto ocorra em lugar adequado e seguro. Muitas maternidades inseriram junto ao centro cirúrgico obstétrico, salas de parto agradáveis que lembram o ambiente doméstico, com banheira, música, etc.

A parturiente sente-se mais tranquila, pode deambular e receber alimentação apropriada. Julgamos importante a presença do pai. A parturição deve ser realizada como o ritual de uma cerimônia e com grande solenidade: nasce

um filho, nasce uma mãe, nasce um pai e nasce uma família. Esta visão não é recente, São José esteve ao lado de Maria no nascimento de Jesus e a acompanhou no puerpério, recebendo os presentes (ouro, incenso e mirra) dos Reis Magos (Melchior, Baltasar e Gaspar).

Discordamos da necessidade da doula, que pode ser substituída com vantagem pela presença efetiva dos médicos (obstetra, anestesista e neonatologista) e da obstetriz; do parto domiciliar e das chamadas casas de parto.

Conclusões

Julgamos poder concluir que o parto normal é um procedimento médico. O obstetra deve fazê-lo com um auxiliar e realizar após o nascimento, pormenorizada revisão do canal de parto.

O fórcepe baixo ou de saída e a vácuo-extração, não são uma “lost art” persiste a indicação, por exemplo, no expulsivo prolongado, no comprometimento da vitabilidade do nascituro, nas parturientes com cesariana prévia, nas cardíacas, etc.

No epílogo destas reflexões, cabe enfatizar: respeitamos as convicções da grávida quanto ao parto; aceitamos a ampliação das indicações da cesariana, inclusive a pedido e incentivamos o parto vaginal quando ocorre de forma eutócica, fácil e não prolongado, sem riscos para a mãe e para o nascituro.

Em últimas palavras, uma indignação. Assistimos e lemos a ênfase com que se apóia

e se estimula a resolução da mulher que deseja um parto normal. A outra, também convicta em sua decisão de receber o seu filho através da cesariana, não recebe a mesma consideração.

As Maternidades Públicas e as Instituições Universitárias, não acolhem a cesariana a pedido e esta atitude ambígua, representa uma discriminação.

Julgamos que as normas enunciadas têm como desiderato atender o desígnio príncipe da Obstetrícia que é preservar a integridade da saúde materna e proporcionar ao nascituro todo o promissor potencial para o seu pleno desenvolvimento somático, neurológico e psíquico, a fim de que se torne um cidadão saudável física e psiquicamente.

Destarte, terá as condições necessárias para ser útil à sociedade, à família, e poder deslumbrar um porvir venturoso. (Camano et al., 2003)¹⁵.

REFERÊNCIAS

1. Briquet R, Obstetrícia Normal - São Paulo - Editora Freitas Bastos; 1939
2. Waszynski E., 1994. Surgical technique for cesarean section of Eduardo Porro (1842-1902) and its significance for obstetric development. In the 150th anniversary year of the method's creator. Ginekol Pol. 1994 Apr;65(4):196-201
3. Croom H. Sir James Simpson's influence on the progress of obstetrics. Edinburgh Medical Journal 1911;6:523-33.
4. Ornella Moscucci (1990). The Science of Woman: Gynaecology and Gender in England, 1800-1929 (en inglés). Cambridge University Press. ISBN 0521327415.
5. Lister, Baron Joseph (2010-08-01). "The Classic: On the Antiseptic Principle in the Practice of Surgery". Clinical Orthopaedics and Related Research. 468 (8): 2012-2016. ISSN 0009-921X.
6. Hem E1, Børdahl PE. 2003. Max Sängner - father of the modern caesarean section. Gynecol Obstet Invest. 2003;55(3):127-9.
7. Physiologie und Pathologie des Wochenbetts, (Physiology and pathology of the puerperium), in Volumes I and III of P. Müller's Handbuch der Geburtshilfe (1888-89)
8. Clark SL, Miller DD, Belfort MA et al. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. Am J Obstet Gynecol 200 (2): 156, 2009

9. Siaulys MM.- 1º Fórum sobre Consciência Obstétrica. Resultados da Prática Obstétrica nas Maternidades Particulares. Vida ; 2015
 10. Zugaib, M. Obstetrícia - São Paulo Editora Manole Ltda - 2008.
 11. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY editores. Williams Obstetrics, New York: The McGraw-Hill Companies; 2010
 12. Rezende J, Obstetrícia - 9ª Edição - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA; 2002
 13. Mancuso A, De Vivo A; Fanara G, Settineri S; Triuolo O, Giacobbe A; Women's preference on mode of delivery in Southern; Italy, Acta Obstet - Gynecol Scand 2006; 85; 694 - 9
 14. Camano L; Mattar R; Reflexões sobre a Incidência de Cesárea. Rev. Paul Med. 101 (4)155-159, 1983
 15. Camano L , de Souza E, Sass N, Mattar R, editores. Obstetrícia - São Paulo: Manole Ltda; 2003
- Noro JJ, Berch VM, Prêmios Nobel Fisiologia e Medicina. São Paulo, JSN Editora Ltda.