

## Opinion Article/ Artigo de Opinião

### Will we stop being Obstetricians? Iremos nós deixar de ser obstetras?

Luís Mendes da Graça\*

Com o título “An Obstetrician’s Lament”, Annette E. Fineberg publicou, no número de Maio de 2011 da revista *Obstetrics & Gynecology*, um artigo que exprime a desilusão de uma obstetra perante o actual panorama da especialidade nos EUA<sup>1</sup> o qual, sem dificuldade, podemos transpor para o nosso país.

Na verdade, na última década temos assistido à evolução de dois fenómenos diametralmente opostos: por um lado, a Obstetrícia hospitalar tem-se transformado num processo de justificar o injustificável, isto é, tem conseguido fazer intuir que as técnicas e métodos da tocologia clássica deverão ser substituídas pela cesariana por esta ser a via mais segura e infalível para o nascimento de crianças sem trauma, sem “sofrimento”, enfim, sem os “problemas” que podem ocorrer no parto vaginal. Por outro lado, em grande parte devido a esta postura médica, tem-se observado a tendência para as parturientes encararem a opção pelo parto domiciliário, com ou sem a panóplia de instrumentos e atitudes que acompanham a luta pelo “parto normal ou natural”, defendido por um grupo restrito mas aguerrido de profissionais de saúde que, inteligentemente, aproveitaram o clima de desistência perante o parto vaginal criado pelo excessivo intervencionismo dos obstetras.

Os exemplos dados por A. Fineberg no seu artigo são facilmente transponíveis para a nossa realidade: a) Uma grávida com um parto vaginal anterior que, no termo da presente gravidez, tinha o feto em apresentação pélvica com estimativa de peso inferior ao do 1º filho. Foi referenciada pela parteira que a seguia para o hospital da área, no qual

lhe foi oferecida exclusivamente a opção pela cesariana. Enviada para o hospital da autora do artigo que citamos, foi verificado que se incluía no protocolo da instituição para parto vaginal, o qual decorreu com toda a facilidade e sem qualquer problema para o recém-nascido. Conclui A. Fineberg que episódios desta natureza ocorrem raramente nos nossos dias e dá outro exemplo, na minha opinião ainda mais chocante: b) Uma colega sénior de outra instituição relatou-lhe ter testemunhado a pressão que os residentes faziam sobre uma jovem parturiente e a sua mãe para que autorizassem a cesariana perante um trabalho de parto de um feto em apresentação pélvica, em plena fase activa e progredindo rapidamente. Esses residentes não mostraram a menor abertura para que a colega mais velha lhes desse apoio técnico nessa oportunidade de efectuarem um parto pélvico por via vaginal.

Situação semelhante se passa com a prova de trabalho de parto em gestantes com uma cesariana anterior (parto vaginal após cesariana - PVAC). Depois de um aumento considerável deste tipo de parto durante a última década do século passado, nos EUA (e também em Portugal) a taxa de PVAC baixou drasticamente pelo receio da rara ocorrência de uma rotura uterina.

A maioria dos obstetras de hoje baixou os braços perante estas e outras situações como, por exemplo, a decisão de cesariana para o parto de um segundo gémeo se este não se apresentar de vértice; a opção pela via abdominal na dilatação completa e com uma apresentação de vértice encravada só porque o segundo estágio do parto se pro-

\* Professor Catedrático de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Lisboa  
Presidente da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

longa; o avançar sem ponderação para uma cesariana após uma intempestiva indução falhada do trabalho de parto, e assim por diante. Mas o facto mais preocupante é que os obstetras mais novos não recebem a informação, o treino ou o impulso necessários para proceder à inversão desta tendência, refugiando-se no catecismo que tomou forma com as conclusões “definitivas” de alguns desequilibrados ensaios multicêntricos que fizeram lei como, por exemplo, o do parto pélvico vaginal versus cesariana electiva<sup>2</sup> ou a necessidade de induzir imediatamente o parto perante uma rotura de membranas no termo<sup>3</sup>.

Naturalmente, porque as grávidas vão estando mais informadas, começaram a surgir dúvidas sobre a bondade destas opções médicas. O corolário lógico foi o imparável impulso dado aos diversos movimentos pelo “parto natural” e pelo “parto domiciliário”, que actualmente têm os seus canais informativos (e desinformativos) bem estabelecidos na imprensa e na internet. No fundo, é oferecido o “paraíso” do parto não medicalizado, do conforto do domicílio, da protecção da mãe Natureza. Mas, obviamente, nada de substancial é dito sobre os efectivos riscos maternos e perinatais do parto efectuado em condições higiénicas periclitantes (como é o caso do parto na água), na ausência de efectiva monitorização do estado fetal e com o desprezo pela prevenção das eventuais emergências obstétricas. Enfim, tudo aquilo que tenderá a inverter os invejáveis resultados maternos e perinatais que o parto hospitalar trouxe à nossa população nos últimos trinta anos.

E é lamentável que este cenário derive quase directamente da postura dos obstetras. Como frisa Annette Fineberg, é bom que os profissionais médicos tracem linhas de fronteira para proteger a segurança dos seus pacientes. Mas deverão essas linhas ser tão rígidas? <sup>1</sup> Quando, com tanta frequência, se aconselha uma grávida a ser sujeita a uma cesariana, tratar-se-á apenas da preocupação com o bem estar da grávida e do seu feto ou a atitude médica não será mais do que a confissão da sua falta de capacidade técnica para efectuar as mais simples manobras tocológicas? Os riscos que querem evitar são os da díade mãe-feto ou, pelo contrário, será o deles próprios virem a ser confrontados com situações que não estão preparados para resolver?

Estas questões terão de ser esclarecidas e resolvidas o mais depressa possível entre nós, obstetras. Se não formos nós a tomar a mudança de paradigma nas nossas mãos, isso virá a ser-nos imposto de fora, quer pela via burocrática e jurídica (Estado, seguradoras, utentes), quer pela pressão dos movimentos “naturalistas”.

Para começar, teremos de tomar consciência de qual é, verdadeiramente, o valor acrescentado que a massa de publicações científicas, ensaios randomizados, estudos multicêntricos e opiniões de peritos com que somos permanentemente confrontados vai trazendo à nossa prática diária. Faz parte dessa tomada de consciência apreciar, com o sentido crítico que só a prática nos traz, as “evidências” que diariamente nos chegam. E essas evidências terão sempre de ser balanceadas com as nossas tradições e cultura científica e, mais uma vez, com a nossa prática.

Mas, para separar o trigo do joio, é preciso que os obstetras tenham prática de...Obstetria! E, portanto, é necessário que voltemos ao básico, o que só poderá ser feito aproveitando os profissionais que obtiveram essa prática nos seus internatos, concluídos há mais de vinte anos, e modificando os currícula obrigatórios para os actuais internos, onde deverá constar, preto no branco, a sua verdadeira experiência tocológica. Temos de levar os nossos jovens colegas, nos documentos que apresentam ao exame final do internato, a substituir as centenas de cesarianas por partos instrumentados, partos pélvicos, partos gemelares, versões por manobras externas, etc.

Ao ler os currícula que actualmente me são presentes, é com profundo desgosto que os comparo com os dos actuais especialistas que foram por mim formados ou com os dos especialistas que eu examinei em concursos efectuados noutros tempos. Nenhum dos meus formandos se apresentou ao exame final com menos de dezena e meia de partos pélvicos e outros tantos partos gemelares, obviamente por via vaginal, sem morbilidade significativa associada. Esta evidência mostra que ainda há obstetras com capacidade para formar os mais novos nestas técnicas, desde que o actual paradigma falsamente securitário seja alterado. Nenhuma instituição estará melhor preparada para modificar o paradigma do que o Colégio da Especialidade da Ordem dos Médicos com a colaboração, que estará sempre disponível, da Sociedade Portuguesa de Obstetria e Medicina Materno-Fetal.

## BIBLIOGRAFIA

1. Fineberg AE. An obstetrician's lament. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 1188-90.
2. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et al. The term breech trial collaborative group. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000; 356: 1375-83.
3. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, et al. Induction of labor compared with expectant management of prelabor rupture of the membranes at term. TERM PROM Study Group. *N Engl J Med* 1996; 334: 1005-10.