

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM PERÍCIAS MÉDICAS

ANA CRISTINA REICHMANN SEIXAS

**ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA E
TOCOTRAUMATISMO: UM RELATO DE CASO**

CURITIBA

2024

ANA CRISTINA REICHMANN SEIXAS

**ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA E
TOCOTRAUMATISMO: UM RELATO DE CASO**

Artigo apresentado a Especialização em Perícias Médicas, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador(a): Diogo Polanski

CURITIBA

2024

RESUMO

Introdução: A responsabilidade civil na área da saúde é um tema complexo que envolve aspectos éticos, técnicos e legais, especialmente em casos de supostos erros médicos associados a danos como a paralisia cerebral por asfixia perinatal.

Objetivo: Analisar criticamente um caso de responsabilidade civil em saúde, avaliando a ocorrência de erro médico e o nexo causal entre a conduta obstétrica e os danos alegados. **Breve relato do caso:** O caso aborda um parto vaginal assistido com fórceps, onde o recém-nascido apresentou quadro de encefalopatia neonatal, crises convulsivas nas primeiras 16 horas de vida e diagnóstico de lesão hipóxico-isquêmica. A ausência de registros essenciais no prontuário, como monitoramento da frequência cardíaca fetal e partograma completo, dificultou a avaliação do sofrimento fetal. A perícia concluiu que a paralisia cerebral decorreu do período expulsivo prolongado e do tocotraumatismo, sugerindo que a indicação de cesariana poderia ter evitado os danos. **Conclusões:** O estudo reforça a importância de registros adequados e manejo obstétrico criterioso para prevenir complicações neonatais e reduzir litígios na prática médica.

Palavras-Chave: asfixia neonatal, traumatismos do nascimento,

ABSTRACT

Introduction: Civil liability in the health area is a complex issue that involves ethical, technical, and legal aspects, especially in cases of alleged medical errors associated with damages such as cerebral palsy due to perinatal asphyxia. **Objective:** To critically analyze a civil liability case in health, evaluating the occurrence of medical error and the causal link between the obstetric conduct and the alleged damages. **Case report summary:** The case addresses a forceps-assisted vaginal delivery, where the newborn presented neonatal encephalopathy, seizures in the first 16 hours of life, and a diagnosis of hypoxic-ischemic injury. The absence of essential records in the medical record, such as fetal heart rate monitoring and complete partograph, made it challenging to assess fetal distress. The expert concluded that the cerebral palsy was due to the prolonged expulsive period and toco traumatism, suggesting that the indication of the cesarean section could have avoided the damage. **Conclusions:** The study underscores the need for meticulous record-keeping and careful obstetric management to prevent neonatal complications and reduce litigation in medical practice.

Keywords: neonatal asphyxia, birth trauma.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. RELATO DO CASO – LAUDO DE PERÍCIA	7
2.1. RESUMO DO CASO	7
2.2. LAUDO PERICIAL	8
2.2.1.RESUMO DOS FATOS	8
2.2.2. ANÁLISE DO CASO	9
2.4. CONCLUSÃO	10
3. DISCUSSÃO	11
3.1. PERÍODO EXPULSIVO PROLONGADO	11
3.2. INDICAÇÃO DE CESÁREA NO CASO CITADO	13
3.3. ENCEFALOPATIA E TOCOTRAUMATISMO	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1. INTRODUÇÃO

A área da saúde é permeada por desafios complexos que envolvem não apenas questões técnicas, mas também éticas, legais e sociais. Um dos temas sensíveis nesse contexto é a responsabilidade civil dos profissionais e das instituições de saúde em casos de supostos erros cometidos por médicos, especialmente quando esses erros resultam em danos aos pacientes. No presente artigo, abordamos um caso específico de responsabilidade civil em saúde, analisando as apelações interpostas da maternidade ré em face de uma sentença que julgou parcialmente procedentes os pedidos iniciais em uma ação indenizatória.

O caso em questão envolve alegações de asfixia perinatal, a qual “acontece quando o bebê fica sem oxigenação no momento próximo ao nascimento, podendo ocorrer antes, durante ou imediatamente após o parto” (Brasil, 2022, s.p.), e suas consequências, incluindo a paralisia cerebral do autor, que busca compensação financeira pelos danos sofridos. As partes em disputa argumentam a ocorrência, ou não, de falha na assistência durante o parto, levantando questões cruciais sobre a interpretação de evidências médicas e sobre o estabelecimento do nexo causal entre a conduta médica e os danos alegados.

A literatura jurídica e médica oferece entendimentos importantes sobre casos similares, destacando a complexidade de determinar a responsabilidade em casos de asfixia perinatal e paralisia cerebral. Estudos mostram que a asfixia perinatal pode ter múltiplas causas, nem sempre relacionadas a falhas técnicas na assistência, o que torna esses casos particularmente desafiadores de se avaliar.

Diante da importância e da complexidade do tema, este artigo se propõe a examinar de forma crítica as alegações e os argumentos apresentados pelas partes, considerando não apenas os aspectos técnicos e legais, mas também os aspectos éticos e sociais envolvidos no caso. Ao analisar detalhadamente as evidências e os argumentos apresentados, buscamos contribuir para uma compreensão mais aprofundada da responsabilidade civil em casos de asfixia perinatal e paralisia cerebral, auxiliando na construção de uma jurisprudência mais justa e equilibrada nessa área.

O objetivo deste artigo é, portanto, fornecer uma análise crítica e fundamentada do caso em questão, considerando os argumentos das partes, os resultados de perícias e as evidências disponíveis. Espera-se que esta análise

contribua para um entendimento mais claro das complexidades envolvidas em casos de responsabilidade civil em saúde, especialmente em situações envolvendo asfixia perinatal e suas consequências.

2. RELATO DO CASO – LAUDO DE PERÍCIA

2.1. RESUMO DO CASO

O paciente L.G.V.S., recém-nascido de D. R. V., nasceu em 3 de novembro de 2007. Nessa data, a genitora encontrava-se gestante de 38 semanas e meia, sem comorbidades ou complicações durante a gestação. Segundo a ultrassonografia realizada nesse período, não havia qualquer indício de mal-formação ou enfermidade fetal.

O parto ocorreu por via vaginal com auxílio de fórceps. Segundo declaração da médica ginecologista, responsável pela assistência ao parto, às 14 horas, a genitora encontrava-se com dilatação total e batimentos fetais normais. A cabeça fetal apresentava-se em posição occipito-sacral (OS) sem progressão, e por isso foi necessário o uso de fórceps Simpson.

Consta na evolução da ginecologista: “evoluiu para parto normal + EMLD (episiotomia média lateral direita) com fórceps por apresentação em OS com demora no período expulsivo”. O partograma anexo encontra-se incompleto, última anotação às 13h30, com “contrações efetivas, altura -3 cefálico, bolsa rota – claro com grumos, dilatação de 7 cm”, sem anotação do batimento cardíaco fetal neste horário.

Após o parto, o recém-nascido foi examinado por médico pediatra e alocado em berçário. Nasceu às 14h15 do dia 3 de novembro, Apgar 4/7, peso ao nascimento: 3.225 g; necessitou de oxigênio e estímulo para corar. Segundo o prontuário da UTI,

Com 8 horas de vida apresentou cianose, corando com O₂. Com 16 horas de vida, apresentou crise convulsiva, sendo encaminhado à UTI. Apresentava edema palpebral à direita e bossa biparietal. Na admissão da UTI, iniciou com movimentos tônicos em MSD, associado a desvio de rima para a direita e movimentos piscatórios. Em seguida hipertonia generalizada – movimentos clônicos. Cedeu após medicação. Durante a crise houve marmoreamento de pele.

Apresentou controle de crises com hidantal, fenobarbital e dormonid, permanecendo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por 19 dias.

Realizou exames complementares durante o internamento:

- ecografia cerebral (07/11/07): moderado aumento difuso da ecogenicidade do parênquima cerebral (lesão hipóxico-isquêmica);

- polissonografia (16/11/07): boa eficácia do sono sem eventos respiratórios ou dessaturação, traçado eletrencefalográfico de baixa voltagem;
- ecocardiograma (07/11/07): refluxo tricúspide leve, forame oval pérvio;
- exame oftalmológico (19/11/07): sem alterações.

Atualmente, o paciente apresenta limitações físicas e psicológicas, sendo totalmente dependente para a realização de atividades diárias. Começou a andar com cinco anos e fala poucas palavras. Estuda hoje na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e necessita tratamento complementar com fisioterapia e hidroterapia.

2.2. LAUDO PERICIAL

2.2.1. RESUMO DOS FATOS

Prontuário da sra D.R.V. na maternidade ré:

- evolução da médica ré de 3 de novembro de 2007: “Evoluiu para parto normal + EMLD com fórceps por apresentação em OS com demora no período expulsivo”;
- ficha anestésica: realizada peridural;
- partograma: incompleto, última anotação às 13h30 – com contrações efetivas, altura -3 cefálico, bolsa rota (rompeu às 12h30 — claro com grumos), dilatação 7 cm, sem anotação do BCF (batimento cardíaco fetal) nesse horário.

Já no prontuário do recém-nascido na maternidade ré consta:

- evolução médica de 3 de novembro de 2007: “[...] Apgar: 4/7. 22h20 — cianótico. 6h35 de 4 de novembro de 2007: paciente com convulsão tônico-clônica de extremidades. Encaminhado para UTI neonatal”;
- observação: “tive que atender RN no berçário, não sei se foi usado fórceps, dificuldade no período expulsivo???”;
- ficha de internamento na UTI Neonatal: “[...] nasceu às 14H15 do dia 03/11, Apgar 4/7... com mais ou menos 8h de vida apresentou cianose corando com O₂. Com mais ou menos 16 horas, apresentou crise convulsiva, sendo encaminhado para a UTI [...]”;

- evolução médica do dia 4 de novembro de 2007: “RN grave. Tocotraumatismo. Hipóxia perinatal. Edema em couro cabeludo e cefalohematoma. Hipotonia e hipoatividade. Medicamentos para crises convulsivas: feno, hidantal, dormonid”;
- “Pela Neurologia (05/11/2007): 2º dia de vida, asfixia perinatal + trauma de parto + CC recorrente e prolongada. [...] Ao exame: hipoativo mas reage ao estímulo tátil, cefalohematoma, depressão na calota craniana parietal direita [...]”;
- ecografia cerebral do dia 7 de novembro de 2007: “moderado aumento difuso da ecogenicidade do parênquima cerebral, podendo traduzir lesão hipóxico-isquêmica”.

2.2.2. ANÁLISE DO CASO

A autora teve diagnóstico de “período expulsivo prolongado”, ou seja, “a descida ainda ocorre e é progressiva, mas ocorre de forma excessivamente lenta” (Santos, 2022). Esse diagnóstico foi firmado pela obstetra que realizou seu trabalho de parto em evolução no prontuário médico.

Mesmo que se discuta que a via pelo fórceps é a mais rápida de terminação de um parto com feto em sofrimento fetal agudo (quando comparada à cesárea), nesse caso, não há documentação da avaliação do batimento cardíaco fetal durante o período expulsivo, elemento fundamental para o diagnóstico de sofrimento fetal. Não há no prontuário o registro do período expulsivo, uma vez que o partograma está incompleto, sendo assim, não há como determinar o exato momento do início do sofrimento fetal agudo.

Na evolução da médica, ré da ação, está descrito que a posição era OS. Sendo assim, não há como se refutar ou afirmar que o feto poderia já estar em sofrimento fetal durante o período de posição OS. Tem-se o efeito final e concreto de todo esse processo: um recém-nascido com afundamento da região parietal direita e convulsões, decorrente do sofrimento fetal e tocotraumatismo.

O menor L.G.V.S. apresentava ao nascimento um afundamento na região parietal direita segundo o exame físico do neuropediatra, bastante sugestivo de tocotrauma pelo uso do fórceps, e foi submetido, após o nascimento, à ultrassonografia cerebral que veio sugestiva de lesão hipóxico-isquêmica. Sendo assim, tem-se que a causa de sua paralisia cerebral é decorrente da lesão hipóxico-

isquêmica, resultante de período expulsivo prolongado e tocotrauma pelo uso do fórceps.

-

2.4. CONCLUSÃO

A paralisia cerebral da qual sofre o autor decorre de episódio de lesão hipóxico-isquêmica por período expulsivo prolongado e tocotraumatismo. O período expulsivo prolongado provavelmente se deu por posição anômala da cabeça do feto na pelve da mãe (apresentação OS).

A lesão hipóxico-isquêmica e o tocotraumatismo pelo uso do fórceps poderiam ter sido evitados, caso a médica que prestava assistência ao parto tivesse indicado a realização de cesárea ao menor sinal de que o sofrimento fetal estivesse ocorrendo. Entretanto, o partograma está incompleto e não foi registrado o período expulsivo.

3. DISCUSSÃO

3.1. PERÍODO EXPULSIVO PROLONGADO

De acordo com o registro em prontuário, o feto encontrava-se na posição occipito-sacral (OS), considerada o malposicionamento fetal mais comum durante o trabalho de parto. Esse posicionamento está frequentemente associado a maior dificuldade no progresso do parto, podendo resultar na necessidade de intervenções obstétricas, como o uso de fórceps, vácuo extrator ou indicação de cesárea. A posição OS, em especial, é reconhecida como um fator que pode prolongar o segundo estágio do trabalho de parto, quando comparada à posição occipito-anterior (OA), que é considerada ideal. Em estudos, verificou-se que o segundo estágio pode ser aproximadamente 45 minutos mais longo em fetos com posição OS em comparação àqueles em posição OA (Senécal; Xiong; Fraser, 2005).

A detecção da posição OS durante o trabalho de parto é um desafio, pois não há meios confiáveis para prever essa má posição de forma consistente. Observa-se que a maioria dos fetos que inicialmente se apresentam em OS, geralmente, realiza a rotação espontânea para a posição OA durante o trabalho de parto ou imediatamente antes dele. Além disso, até o momento, não há evidências robustas de que manobras externas realizadas antes do início do trabalho de parto sejam eficazes para corrigir a posição fetal.

No entanto, quando a posição OS é diagnosticada no segundo estágio do parto, a conduta inicial recomendada é o manejo expectante, desde que a frequência cardíaca fetal permaneça estável. Essa abordagem baseia-se no fato de que, nesse estágio, entre 50% e 80% dos fetos mudam espontaneamente para a posição OA (Burd *et al.*, 2022). Contudo, em casos onde a posição OS persiste e o trabalho de parto não progride adequadamente, as opções de manejo são variadas e ainda não existe um consenso absoluto na literatura sobre a melhor abordagem.

Estudos randomizados têm explorado diferentes estratégias de manejo para casos de posição OS persistente, incluindo rotação manual ou com fórceps, tratamento expectante e cesariana (Reichman; Gdansky; Latinsky; Labi; Samueloff, 2008). Entre essas alternativas, a rotação manual ou digital tem se mostrado uma das manobras mais eficazes, associada a menores taxas de complicações materno-fetais (Shaffer; Cheng; Vargas; Laros; Caughey, 2006). Caso essa abordagem não tenha

sucesso, pode-se considerar o parto assistido, seja com fórceps ou com vácuo extrator, desde que alguns critérios sejam atendidos. Esses critérios incluem peso fetal estimado inferior a 4.000 gramas, presença de espaço suficiente entre a região occipital do feto e o sacro materno, além de condições adequadas, como cérvix completamente dilatado, membranas rompidas e apresentação craniana em zero ou mais no plano de De Lee (Vidal; Simon; Cristini; Arnaud; Parant, 2013). Se esses critérios não forem atingidos, a indicação de cesárea torna-se mais apropriada (Bertholdt; Morel; Zuily; Ambroise-Grandjean, 2022).

Em muitos casos, o parto vaginal assistido — com fórceps ou vácuo — é considerada a estratégia menos mórbida. Caso o paciente apresente contraindicações a essa estratégia, indica-se o parto por cesárea. Tendo isso em mente, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia e a Sociedade de Medicina Materno-Fetal (2024) desenvolveram um guia de conduta para intervenções no caso de segundo estágio de parto prolongado. Segundo essa fonte, o uso de fórceps ou vácuo é indicado em casos de sinais de sofrimento fetal iminente — preferível em relação à cesárea.

No contexto do caso em análise, é possível afirmar que a decisão da médica ré a respeito da utilização do fórceps para auxiliar na conclusão do parto encontra respaldo na literatura médica atual. Apesar da ausência de informações cruciais no prontuário, como registros da frequência cardíaca fetal e da altura cefálica em relação às estruturas maternas, as evidências disponíveis indicam que o uso de fórceps é uma das alternativas terapêuticas plausíveis para casos de posição OS persistente. Adicionalmente, considerando a falta de um tratamento padrão-ouro para o manejo da posição OS, nem mesmo a cesárea pode ser considerada a única abordagem ideal.

Dessa forma, conclui-se que a conduta adotada pela médica ré não pode ser considerada errônea, uma vez que se alinha às práticas recomendadas na literatura científica para o manejo dessa condição obstétrica. Esse caso reforça a necessidade de uma avaliação cuidadosa e individualizada durante o trabalho de parto, levando em consideração as características clínicas do feto e da parturiente, bem como as evidências disponíveis para guiar as decisões médicas.

3.2. INDICAÇÃO DE CESÁREA NO CASO CITADO

No caso em questão, o feto apresentava-se em posição occipto-sacral e em período expulsivo prolongado. A perita concluiu que “a lesão hipóxico-isquêmica e o tocotraumatismo pelo uso do fórceps poderiam ter sido evitados se a médica responsável pelo parto tivesse indicado a realização de cesárea ao menor sinal de sofrimento fetal”. Contudo, a literatura médica atual destaca que, em situações semelhantes — feto em posição occipto-sacral com período expulsivo prolongado —, não há um tratamento considerado padrão-ouro ou ideal. Apenas alguns estudos randomizados e não randomizados comparam diferentes condutas, como manejo expectante, rotação manual ou com fórceps e cesariana.

De acordo com essas fontes, é possível tentar a rotação digital ou manual para a posição occipto-púbica em casos semelhantes (Burd et al., 2022). Caso não haja evolução do parto ou se ocorra aumento da frequência cardíaca fetal, indicando sofrimento fetal agudo, recomenda-se realizar o parto assistido, utilizando fórceps ou vácuo extrator na posição occipto-sacral (Vidal et al., 2013). Assim, mesmo diante de sinais de sofrimento fetal agudo, a conduta preferencial é a terminação do parto com o uso de fórceps, desde que atendidos critérios específicos, como peso fetal estimado inferior a 4.000 gramas, espaço suficiente entre a região occipital do feto e o sacro materno, cérvix completamente dilatado, membranas rompidas e apresentação craniana em nível zero ou mais no plano de De Lee. Quando tais critérios não são atendidos, a cesárea é a opção indicada.

Com base nas evidências disponíveis e nas recomendações do Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia e da Sociedade de Medicina Materno-Fetal (2024), a conduta recomendada em casos de parto prolongado é o uso do fórceps. Essa abordagem permite uma terminação mais rápida do parto, reduzindo o tempo de hipóxia fetal, independentemente da presença de sinais de sofrimento fetal. A preferência pelo fórceps é justificada por sua eficiência e agilidade no contexto de partos prolongados.

No caso em análise, observa-se um parto que se prolongou além do ideal, mas não há registros no partograma sobre a frequência cardíaca fetal ou outros dados que confirmem a presença de sofrimento fetal no momento do parto. Apesar dessa ausência de informações, a análise da conduta técnica empregada pela médica ré não depende da confirmação de sofrimento fetal. Isso porque, diante de um parto prolongado, a recomendação prioritária é a terminação do parto com o uso de fórceps, conforme as diretrizes médicas vigentes.

1. Burd J, Gomez J, Berghella V, Bellussi F, de Vries B, Phipps H, Blanc J, Broberg J, Caughey AB, Verhaeghe C, Quist-Nelson J. Prophylactic rotation for malposition in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2022 Mar;4(2):100554. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100554. Epub 2022 Feb 6. PMID: 35139392.

2. Stock SJ, Josephs K, Farquharson S, Love C, Cooper SE, Kissack C, Akolekar R, Norman JE, Denison FC. Maternal and neonatal outcomes of successful Kielland's rotational forceps delivery. *Obstet Gynecol*. 2013 May;121(5):1032-1039. doi: 10.1097/AOG.0b013e31828b72cb. PMID: 23635740.

3.3. ENCEFALOPATIA E TOCOTRAUMATISMO

A perícia médica requisitada no caso em análise foi enfática ao afirmar que “houve erro médico, comprovado pelos documentos anexados, que demonstram a evolução das consequências do uso do fórceps e da má condução do parto”. De acordo com a perita responsável, não há registros da avaliação da frequência cardíaca fetal durante o período expulsivo do trabalho de parto — dado crucial para identificar o início de um possível sofrimento fetal. A ausência dessa informação impede a confirmação precisa do momento em que o feto poderia ter começado a sofrer os efeitos de hipóxia ou outros fatores relacionados ao estresse intraparto.

Durante a anamnese realizada no âmbito da perícia, foi destacado que o recém-nascido apresentava, desde o nascimento, um afundamento craniano visível. Esse achado foi interpretado pela perita como consistente com a hipótese de tocotraumatismo, que, segundo ela, teria levado ao desenvolvimento de uma encefalopatia hipóxico-isquêmica. O uso inadequado do fórceps foi identificado como

um fator determinante, que poderia ter sido evitado caso a médica responsável pelo parto tivesse indicado uma cesariana. Nesse sentido, a perita concluiu que tanto a lesão hipóxico-isquêmica quanto o tocotraumatismo eram preveníveis mediante condutas obstétricas mais adequadas.

A encefalopatia neonatal, entretanto, é um quadro clínico que pode ter diferentes etiologias, incluindo causas metabólicas, infecciosas, genéticas e traumáticas. A asfixia perinatal é reconhecida como uma das principais causas, mas está longe de ser a única. Além disso, a determinação de que um evento hipóxico-isquêmico agudo foi responsável pela encefalopatia é um desafio diagnóstico significativo, visto que não existe um exame considerado padrão-ouro para essa finalidade. Os sinais clínicos frequentemente associados à encefalopatia hipóxico-isquêmica, como Apgar baixo, pH reduzido no sangue do cordão umbilical, convulsões neonatais e alterações no estado neurológico, não são específicos e podem ser observados em outros cenários clínicos.

Os critérios amplamente aceitos para o diagnóstico de um evento hipóxico-isquêmico perinatal incluem: Apgar inferior a cinco (<5) aos cinco e dez minutos de vida, pH arterial do cordão umbilical inferior a sete (<7), alterações em exames de imagem, como a ressonância magnética cerebral indicando lesão hipóxico-isquêmica aguda, e a presença de falência múltipla de órgãos compatível com hipóxia severa. No caso analisado, parte desses critérios não foi satisfeita. O Apgar do recém-nascido, registrado como 4 aos cinco minutos e 7 aos dez minutos, sugere recuperação parcial, mas não evidencia uma condição de hipóxia extrema. Além disso, não há registros de gasometria arterial do cordão umbilical, ressonância magnética cerebral ou sinais de falência múltipla de órgãos nos documentos anexados.

Adicionalmente, a avaliação médica pós-parto apresentou falhas significativas. Em casos de suspeita de encefalopatia neonatal, uma avaliação rápida e abrangente é essencial para viabilizar intervenções terapêuticas precoces. Sinais clínicos como irritabilidade, letargia e movimentos espontâneos reduzidos devem ser prontamente investigados. A abordagem diagnóstica deve incluir exames como gasometria do cordão umbilical, exame patológico da placenta, ultrassonografia craniana, eletroencefalograma e ressonância magnética. No caso relatado, documentos importantes, como análises do cordão umbilical e do exame patológico da placenta, não foram disponibilizados. A ausência desses exames, especialmente da

ressonância magnética cerebral, prejudica a confirmação da etiologia da encefalopatia e limita a compreensão do caso.

No que tange ao manejo terapêutico, um dos tratamentos recomendados para encefalopatia neonatal é a hipotermia terapêutica. Ela deve ser iniciada nas primeiras seis horas de vida e mantida por até 72 horas. Esse é o único tratamento neuroprotetor com eficácia comprovada para reduzir lesões cerebrais em recém-nascidos com encefalopatia hipóxico-isquêmica. Apesar disso, o uso da hipotermia terapêutica ainda é limitado no Brasil, seja pela falta de recursos ou pela insuficiente difusão do protocolo. Além disso, o manejo deve incluir suporte intensivo para tratar convulsões, suporte ventilatório, monitoramento metabólico e manutenção da estabilidade hemodinâmica.

No que diz respeito ao tocotraumatismo, estudos como o de Dupuis *et al.* (2005) indicam que fraturas cranianas podem ocorrer mesmo na ausência de traumas evidentes. Tais lesões podem ser observadas tanto em partos normais quanto em cesáreas, devido à pressão das estruturas maternas sobre o crânio fetal. Contudo, o afundamento craniano está mais frequentemente associado ao uso de fórceps, com uma incidência estimada em 3,7 casos por 100.000 nascimentos. No presente caso, o único exame de imagem realizado foi uma ultrassonografia cerebral, a qual não evidenciou sinais de hemorragia intracraniana. Assim, embora o afundamento craniano esteja associado ao uso do fórceps, não há elementos clínicos adicionais que vinculem diretamente esse achado aos sintomas apresentados pelo recém-nascido.

Por fim, a análise do caso é dificultada pela ausência de registros essenciais no prontuário médico, como os dados clínicos do pós-parto imediato e os registros da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto. Essas lacunas documentais não apenas limitam a avaliação pericial, como também dificultam a comprovação de responsabilidade por parte da médica ré no desenvolvimento da encefalopatia hipóxico-isquêmica do recém-nascido. Embora o uso inadequado do fórceps e a ausência de monitoramento adequado sejam apontados como fatores de risco, os elementos disponíveis no processo são insuficientes para embasar uma conclusão definitiva.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do caso em questão demonstra a complexidade e os desafios inerentes à avaliação de possíveis falhas no manejo obstétrico e neonatal. Apesar das evidências levantadas pela perícia sobre o uso inadequado do fórceps e sobre a ausência de monitoramento adequado durante o trabalho de parto, a documentação incompleta no prontuário limita a possibilidade de determinar, com segurança, a relação causal entre a conduta médica e o desenvolvimento da encefalopatia hipóxico-isquêmica.

Adicionalmente, a ausência de exames essenciais, como a gasometria do cordão umbilical, ressonância magnética cerebral e avaliação patológica da placenta, prejudica a confirmação de hipóteses diagnósticas e limita a análise dos fatores contribuintes para o quadro clínico do recém-nascido. Da mesma forma, os critérios reconhecidos para diagnosticar um evento hipóxico-isquêmico perinatal não foram completamente atendidos pelos registros disponíveis.

Embora a perita tenha apontado que o afundamento craniano e a possível encefalopatia hipóxico-isquêmica poderiam ter sido evitados com a indicação de uma cesariana, o estudo de literatura sugere que essas condições podem ocorrer independentemente do tipo de parto, sendo influenciadas por múltiplos fatores, incluindo pressão intraparto e condições clínicas prévias.

Por fim, a falta de registro de intervenções terapêuticas pós-parto, como a hipotermia terapêutica, bem como a ausência de documentação adequada, evidencia não apenas possíveis falhas no manejo intraparto, mas também na assistência neonatal. Essas lacunas reforçam a necessidade de maior rigor na condução e na documentação dos cuidados obstétricos e neonatais para assegurar a tomada de decisões informadas e reduzir a judicialização de casos semelhantes no futuro.

Em conclusão, os dados apresentados nesse processo são insuficientes para estabelecer, de forma inequívoca, a responsabilidade da médica ré na origem do quadro apresentado pelo recém-nascido. Todavia, o caso destaca a importância de um manejo obstétrico criterioso e da assistência neonatal qualificada, com ênfase na documentação detalhada e na implementação de medidas preventivas e terapêuticas adequadas.

REFERÊNCIAS

BERTHOLDT, C.; MOREL, O.; ZUILY, S.; AMBROISE-GRANDJEAN, G. Manual rotation of occiput posterior or transverse positions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Am J Obstet Gynecol.**, Jun., v. 226, n. 6, pp. 781-793, 2022. doi: 10.1016/j.ajog.2021.11.033. Epub 2021 Nov 17. PMID: 34800396.

BRASIL. Ministério da Saúde. Asfixia perinatal é a terceira causa de morte neonatal no mundo. **Notícias**, 1 dez. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/asfixia-perinatal-e-a-terceira-causa-de-morte-neonatal-no-mundo>. Acesso em: 4 dez. 2024.

BURD, J.; GOMEZ, J.; BERGHELLA, V.; BELLUSSI, F.; VRIES, B.; PHIPPS, H.; BLANC, J.; BROBERG, J.; CAUGHEY, A. B.; VERHAEGHE, C.; QUIST-NELSON, J. Prophylactic rotation for malposition in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Am J Obstet Gynecol MFM**, Mar., v. 4, n. 2, p. 100554, 2022. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100554. Epub 2022 Feb 6. PMID: 35139392.

DUPUIS, O.; SILVEIRA, R.; DUPONT, C.; MOTTOLESE, C.; KAHN, P.; DITTMAR, A.; RUDIGOZ, R. C. Comparison of "instrument-associated" and "spontaneous" obstetric depressed skull fractures in a cohort of 68 neonates. **Am J Obstet Gynecol.**, Jan. v. 192, n. 1, pp. 165-170, 2005.

EXECUTIVE summary: Neonatal encephalopathy and neurologic outcome, second edition. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Neonatal Encephalopathy. **Obstet Gynecol.** 2014 Apr;123(4):896-901. doi: 10.1097/01.AOG.0000445580.65983.d2. PMID: 24785633.

FIRST and Second Stage Labor Management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. **Obstet Gynecol.**, Jan. 1, v. 143, n. 1, p. 144-162, 2024. doi: 10.1097/AOG.0000000000005447. PMID: 38096556.

SENÉCAL, J.; XIONG, X.; FRASER, W. D. Pushing Early Or Pushing Late with Epidural study group. Effect of fetal position on second-stage duration and labor outcome. **Obstet Gynecol.**, Apr. v. 105, n. 4, p. 763-772, 2005. doi: 10.1097/01.AOG.0000154889.47063.84. PMID: 15802403.

REICHMAN, O.; GDANSKY, E.; LATINSKY, B.; LABI, S.; SAMUELOFF, A. Digital rotation from occipito-posterior to occipito-anterior decreases the need for cesarean section. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.** Jan. v. 136, n. 1, p. 25-28, 2008. doi: 10.1016/j.ejogrb.2006.12.025. Epub 2007 Mar 21. PMID: 17368909.

SANTOS, M. V. Resumo sobre partograma nas distócias: diagnóstico, tratamento e mais! **Estratégia MED**, 18 nov. 2022. Disponível em: <https://med.estrategia.com/portal/conteudos-gratis/doencas/resumo-sobre-partograma-nas-distocias-diagnostico-tratamento-e-mais/>. Acesso em: 4 dez. 2024.

SHAFFER, B. L.; CHENG, Y. W.; VARGAS, J. E.; LAROS JUNIOR, R. K.; CAUGHEY, A. B. Manual rotation of the fetal occiput: predictors of success and delivery. **Am J Obstet Gynecol.**, May, v. 194, n. 5, e7-9, 2006. doi: 10.1016/j.ajog.2006.01.029. PMID: 16647899.

VIDAL, F.; SIMON, C.; CRISTINI, C.; ARNAUD, C.; PARANT, O. Instrumental rotation for persistent fetal occiput posterior position: a way to decrease maternal and neonatal injury? **PLoS One**, Oct. 18, v. 8, n. 10, e78124, 2013. doi: 10.1371/journal.pone.0078124. PMID: 24205122; PMCID: PMC3799777.