

Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana

Abril/2015



protocolo

RELATÓRIO DE RECOMENDAÇÃO





2015 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da CONITEC.

Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 8º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

E-mail: conitec@saude.gov.br



CONTEXTO

Em 28 de abril de 2011, foi publicada a Lei nº 12.401, que altera diretamente a Lei nº 8.080 de 1990 dispendo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Esta lei define que o Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC, tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde. Podem ser utilizados como material educativo dirigido a profissionais de saúde, como auxílio administrativo aos gestores, como parâmetro de boas práticas assistenciais perante o Poder Judiciário e como documento de garantia de direitos aos usuários do SUS.

Os PCDT são os documentos oficiais do SUS para estabelecer os critérios para o diagnóstico de uma doença ou agravo à saúde; o tratamento preconizado incluindo os medicamentos e demais tecnologias apropriadas; as posologias recomendadas; os cuidados com a segurança dos doentes; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem buscados pelos profissionais de saúde e gestores do SUS.

Os medicamentos e demais tecnologias recomendadas no PCDT se relacionam às diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde a que se aplicam, bem como incluem as tecnologias indicadas quando houver perda de eficácia, contra-indicação, surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. A nova legislação estabeleceu que a elaboração e atualização dos PCDT será baseada em evidências científicas, o que quer dizer que levará em consideração os critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das intervenções em saúde recomendadas.



Para a constituição ou alteração dos PCDT, a Portaria GM nº 2.009 de 2012 instituiu na CONITEC uma Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT, com as seguintes competências: definir os temas para novos PCDT, acompanhar sua elaboração, avaliar as recomendações propostas e as evidências científicas apresentadas, além de revisar periodicamente, a cada dois anos, os PCDT vigentes.

Após concluídas todas as etapas de elaboração de um PCDT, a aprovação do texto é submetida à apreciação do Plenário da CONITEC, com posterior disponibilização do documento em consulta pública para contribuição de toda sociedade, antes de sua deliberação final e publicação.

O Plenário da CONITEC é o fórum responsável pelas recomendações sobre a constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, além dos assuntos relativos à incorporação, exclusão ou alteração das tecnologias no âmbito do SUS, bem como sobre a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). É composto por treze membros, um representante de cada Secretaria do Ministério da Saúde – sendo o indicado pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) o presidente do Plenário – e um representante de cada uma das seguintes instituições: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e Conselho Federal de Medicina - CFM. Cabe à Secretaria-Executiva da CONITEC – exercida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS/SCTIE) – a gestão e a coordenação das atividades da Comissão.

Conforme o Decreto nº 7.646 de 2011, a publicação do PCDT é de responsabilidade do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos após manifestação de anuência do titular da Secretaria responsável pelo programa ou ação, conforme a matéria.

Para a garantia da disponibilização das tecnologias previstas no PCDT e incorporadas ao SUS, a lei estipula um prazo de 180 dias para a efetivação de sua oferta à população brasileira.



APRESENTAÇÃO À CONSULTA PÚBLICA

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, em que as operações cesarianas tornaram-se a via de parto mais comum, chegando a 85% dos partos realizados nos serviços privados de saúde. No sistema público de saúde a taxa é consideravelmente menor, de 40%, mas ainda sim elevada, se considerarmos a recomendação da Organização Mundial de Saúde, de 15%. Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas específicas, a operação cesariana é uma cirurgia essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, pode levar ao aumento do risco de complicações graves quando realizada sem a correta indicação.

Diante do uso excessivo de operações cesarianas desnecessárias no contexto nacional, torna-se imprescindível a qualificação da atenção à gestante, a fim de garantir que a decisão pela via de parto considere os ganhos em saúde e seus possíveis riscos, de forma claramente informada e compartilhada entre a gestante e a equipe de saúde que a atende.

As **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana** compõem um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil e será acompanhada pelas **Diretrizes de Atenção à Gestante: o parto normal**. Esses documentos em conjunto visam a orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e conduta, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis.

Para a construção deste documento, enfatizou-se uma participação ampliada de diversos grupos de interessados, além do rigor científico, incluindo profissionais especialistas, representantes de classes profissionais e de serviços de saúde, organizações em defesa das mulheres, especialistas em metodologia científica, órgãos vinculados à saúde nos âmbitos público e privado, além do envolvimento de revisores externos. As contribuições de todos foram compartilhadas em encontros presenciais e comunicação à distância.



O documento resultante do consenso obtido pelo grupo ampliado foi apresentado à Subcomissão Técnica de Avaliação de PCDT da CONITEC e aprovado pelo Plenário da CONITEC no dia 02 de abril de 2015, em sua 34ª Reunião. As **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana** seguem agora para consulta pública a fim de que se considere a visão de toda a sociedade e se possam receber as suas valiosas contribuições.



Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana

Ministério da Saúde

Brasília, abril de 2015



SUMÁRIO

RESUMO EXECUTIVO	9
INTRODUÇÃO	17
ESCOPO E OBJETIVOS	19
PÚBLICO-ALVO	19
MÉTODOS	20
CAPITULO 1 - CUIDADO CENTRADO NA MULHER.....	24
CAPÍTULO 2 - CESARIANA PROGRAMADA	28
CAPÍTULO 3 - OPERAÇÃO CESARIANA A PEDIDO	46
CAPÍTULO 4 – PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA	52
CAPÍTULO 5 – CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)	62
ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES	70
GLOSSÁRIO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
APÊNDICE 1 – MEMBROS DO GRUPO ELABORADOR E DO GRUPO CONSULTIVO.....	88
APÊNDICE 2 - DIRETRIZES INCLUÍDAS E EXCLUÍDAS NA BUSCA SISTEMÁTICA.	91
APÊNDICE 3 - RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM O INSTRUMENTO AGREE II	93
APÊNDICE 4 – QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E NÃO RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ.....	94
APÊNDICE 5 - QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ.....	97



RESUMO EXECUTIVO

O momento do nascimento determina questões sobre o processo do parto e via de parto, autonomia da gestante na escolha da via de parto e nas estratégias de saúde envolvidas para redução de morbimortalidade materna. A taxa de cesariana no Brasil situa-se ao redor de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos e privados (40% nos serviços públicos e 85% nos serviços privados) (1). Como as indicações de cesariana têm despertado divergência de opiniões no país, propõem-se esta diretriz para orientar profissionais de saúde e população em geral sobre as melhores práticas relacionadas ao tema baseado nas evidências científicas existentes.

Por iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil, 72 questões sobre cesariana foram discutidas e elaboradas com a finalidade de nortear esta diretriz. Utilizando uma metodologia de adaptação de diretrizes clínicas (ADAPTE)(2), foram selecionadas duas diretrizes sobre cesarianas para o processo de adaptação: 1) *Caesarean Section*, elaborada pelo NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence / United Kingdom Department of Health*, publicado em 2011 e atualizado em 2013) e 2) a guia de assistência ao parto para mulheres com cesarianas prévias do Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras (publicado em 2013). Estas duas diretrizes foram selecionadas após avaliação da qualidade metodológica do processo de elaboração, foram adaptadas para a realidade brasileira. As evidências científicas relevantes a cada pergunta ou conjunto de perguntas foram resumidas e classificadas. As recomendações destas diretrizes foram discutidas por especialistas e representantes da sociedade civil brasileira, além de representantes e consultores do Ministério da Saúde. Informações adicionais sobre as evidências referidas nesta diretriz podem ser encontradas nas versões ampliadas das diretrizes utilizadas para a adaptação, o *NICE/Caesarean section* (<http://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/guidance-caesarean-section-pdf>) e *Delivery for women with a previous caesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810846>). As recomendações para direcionamento de conduta sobre Cesariana no Brasil estão no quadro a seguir.



Tópico	Recomendação	Evidência
Oferta de informações	É recomendado fornecer informações baseadas em evidências sobre o parto e forma de nascimento para as gestantes durante a atenção pré-natal e incluir a gestante no processo de decisão.	Qualidade de evidência 3
Consentimento informado	Um termo de consentimento informado deve ser obtido de todas as mulheres que serão submetidas à cesariana. Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que a influenciaram na decisão e qual deles é o mais influente.	Qualidade de evidência 4
Apresentação pélvica	Em apresentação pélvica, é recomendada versão cefálica externa com 36 semanas completas de idade gestacional, na ausência de trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota ou complicações maternas. Em gestantes a termo com apresentação pélvica, a versão cefálica externa não é recomendada. A cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal. Quando se oferece uma cesariana por apresentação pélvica deve-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas) e preferentemente o desencadeamento do trabalho de parto.	Qualidade de evidência 1a
Gestação múltipla	Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, a cesariana não é recomendada de rotina. No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada.	Qualidade de evidência 3
Nascimentos pré-termo	A cesariana não é recomendada de rotina como de forma de nascimento em trabalhos de parto pré-termo.	Qualidade de evidência 3
Fetos pequenos para a idade	A cesariana não é recomendada de rotina como forma de nascimento em fetos pequenos para	Qualidade de evidência 3



gestacional	idade gestacional.	
Placenta prévia	A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas centro-total ou centro-parcial.	Qualidade de evidência 3
Placenta baixa e acretismo placentario	<p>Um exame ecográfico com Doppler é recomendado em mulheres com cesariana prévia e suspeita de placenta de inserção baixa entre 32-34 semanas para investigação de acretismo placentário.</p> <p>Caso o diagnóstico de placenta acreta seja sugerido pelo exame ecográfico, é recomendada a Ressonância Nuclear Magnética nos lugares em que o exame esteja disponível com a finalidade de investigar a extensão da invasão.</p> <p>Em gestantes com acretismo placentário:</p> <ul style="list-style-type: none">• É recomendado programar a operação cesariana;• É recomendada a presença de dois médicos obstetras, anestesista e pediatra para o procedimento.• É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemoderivados para eventual necessidade durante o procedimento.• É recomendado que o hospital de assistência tenha condições de suporte para pacientes em estado grave de saúde.	Qualidade de evidência 3 Qualidade de evidência 3/4
Preditores da progressão do trabalho de parto	<p>A utilização de pelvimetria clínica não é recomendada para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto ou definir via de parto.</p> <p>A utilização de tamanho do pé, a altura materna e estimativa de tamanho fetal (clínica ou ecográfica) não são recomendados para prever a falha de progressão de trabalho de parto.</p>	Qualidade de evidência 1a Qualidade de evidência 3
HIV	<p>A cesariana não é recomendada para prevenir transmissão vertical, em gestantes HIV positivas quando:</p> <ul style="list-style-type: none">- a mulher faz uso de profilaxia antirretroviral	Qualidade de evidência 3/4



	<p>(HAART) com carga viral menor que 400 cópias/mL ou</p> <ul style="list-style-type: none">- a mulher está em terapia antirretroviral (TARV) com carga viral menor que 50 cópias/mL. <p>A cesariana é recomendada nas gestantes HIV positivas sem uso de antirretrovirais ou com carga viral maior que as referidas acima.</p> <p>A cesariana é recomendada em mulheres HIV positivas com carga viral desconhecida, em início de trabalho de parto, com bolsa íntegra e com 3 cm ou menos de dilatação cervical. Nesta situação, é recomendado iniciar a profilaxia endovenosa com antirretroviral (zidovudina) 3 horas antes do procedimento.</p>	
Hepatite B	A cesariana programada não é recomendada para prevenir a transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B.	Qualidade de evidência 2a
Hepatite C	<p>A cesariana programada não é recomendada para prevenir a transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite C.</p> <p>A cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite C em mulheres com esta co-infecção.</p>	<p>Qualidade de evidência 2b</p> <p>Qualidade de evidência 3</p>
Herpes simples	<p>A cesariana é recomendada nas mulheres com infecção primária ativa do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação por reduzir risco de infecção neonatal do HSV.</p> <p>A cesariana não é recomendada de rotina para mulheres com infecção ativa recorrente do vírus do Herpes simples.</p>	Qualidade de evidência 4
Obesidade	A cesariana programada não é recomendada de rotina para mulheres obesas.	Qualidade de evidência 2b
Cesariana a pedido	A informação sobre indicações de cesariana, o procedimento, seus riscos e repercussões para futuras gestações deve ser feita de maneira clara e acessível respeitando as características socioculturais e individuais da gestante.	Qualidade de evidência 4



	<p>Se não há indicação médica, deve-se discutir as razões da preferência por cesariana. É recomendado que a gestante converse sobre sua preferência com outros profissionais (anestesista, outro obstetra, enfermeiras(os) obstétricas(os), obstetrites).</p> <p>Em caso de ansiedade relacionada ao parto ou partofobia, é recomendado apoio psicológico multiprofissional.</p> <p>Se após informação (e apoio psicológico quando indicado) a gestante mantiver seu desejo por cesariana, o parto vaginal não é recomendado.</p> <p>Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que a influenciaram na decisão, e qual deles é o mais influente.</p> <p>Caso o obstetra manifeste objeção de consciência e não deseje realizar a cesariana a pedido, deve ser indicado outro profissional médico que faça o procedimento.</p> <p>A cesariana programada não é recomendada antes de 39 semanas de gestação.</p>	<p>Qualidade de evidência 3</p> <p>Qualidade de evidência 3</p>
<p>Profilaxia de infecções relacionadas à cesariana</p>	<p>É recomendado oferecer antibioticoprofilaxia antes da incisão na pele na intenção de reduzir infecção materna.</p> <p>A escolha do antibiótico para reduzir infecção pós-operatória deve considerar fármacos efetivos para endometrite, infecção urinária e infecção de sítio cirúrgico.</p> <p>Não é recomendado o uso de amoxicilina-clavulonato para profilaxia antibiótica.</p> <p>Durante a cesariana, é recomendado a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir risco de endometrite.</p> <p>Ligadura/hemostasia de tecido subcutâneo não é recomendada de rotina para gestantes com menos de 2 cm de tecido adiposo, pois não diminui incidência de infecção.</p>	<p>Qualidade de evidência 4</p> <p>Qualidade de evidência 1a</p>



Cesariana prévia	<p>O aconselhamento sobre a via de parto em gestantes com cesariana prévia deve considerar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Preferências e prioridades da mulher- Riscos e benefícios de uma nova cesariana- Riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana de não planejada. <p>As mulheres com três ou mais cesáreas anteriores devem ser esclarecidas de que há aumento do risco de ruptura uterina com o parto vaginal, porém esse risco deve ser pesado contra os riscos de se repetir o procedimento cirúrgico.</p> <p>Trabalho de parto e parto vaginal em mulheres com cesariana prévia é recomendado na maioria das situações.</p> <p>De maneira geral, a cesariana não é recomendada em mulheres com 3 ou mais cesarianas prévias, exceto em situação de óbito fetal.</p> <p>O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior.</p>	<p>Qualidade de evidência 3</p> <p>Qualidade de evidência LE4</p>
	<p>A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar e pelvimetria não são recomendados de rotina em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias.</p>	<p>Qualidade de evidência LE4/LE2</p>
	<p>O trabalho de parto e parto vaginal em mulheres com cesariana prévia pode ser realizado mesmo quando esse intervalo é de menos de 6 meses, se as condições obstétricas são favoráveis.</p>	<p>Qualidade de evidência LE4</p>
	<p>Para as gestantes que desejam um parto vaginal após cesariana é recomendada a monitorização fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à cesariana.</p> <p>É recomendado que a assistência ao parto em gestantes com cesariana prévia seja em ambiente hospitalar.</p> <p>A forma de nascimento deve ser discutida e escolhida no oitavo mês de gestação pela gestante, durante o pré-natal.</p>	<p>Qualidade de evidência LE4</p>



	<p>A forma de nascimento escolhida, parto vaginal planejado ou cesariana programada, deve ser registrada em prontuário médico, contendo os motivos que influenciaram na escolha da forma de nascimento, data e o nome do obstetra.</p> <p>É recomendada a obtenção de um termo de consentimento pós-informação quer para um parto vaginal quer para uma cesárea programada na presença de uma ou mais cicatrizes de cesárea anterior.</p>	
	<p>É recomendado o uso prudente de balão cervical ou ocitocina para indução de trabalho de parto em gestantes com uma cesariana prévia, apenas se houver indicação médica, não se devendo realizar indução eletiva por conveniência do médico ou da gestante.</p> <p>O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de cesárea anterior, independente do número de cesáreas prévias, não é recomendado.</p> <p>Durante a indução do parto, a gestante com cesariana anterior deve ser monitorizada frequentemente, com acesso a monitorização fetal e à cesariana caso necessário.</p>	Qualidade de evidência LE2/LE4
Cuidado do recém-nascido	<p>É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal.</p>	Qualidade de evidência 3 (de acordo com a Portaria SAS/MS 371 de 07/05/14 e NT 16/2014 de 10/06/2014)
	<p>É recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido de cesariana.</p> <p>O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido é recomendado e deve ser</p>	Qualidade de evidência 3 Qualidade de evidência 1b



	facilitado.	
	É recomendado clampeamento tardio do cordão umbilical para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial. Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV, o clampeamento deve ser imediato.	Qualidade de evidência 1b
	É recomendado suporte adicional para a mulher que foi submetida à cesariana para ajudá-las a iniciar o aleitamento materno tão logo após o parto.	Qualidade de evidência 1a
	A cesariana não é recomendada para realização de laqueadura tubária.	Lei 9.263/96



INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas. Nas últimas décadas a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente e a cesariana é hoje o modo mais comum de nascimento em nosso país. A taxa de operação cesariana na população de mulheres que dão a luz hoje em nosso país está ao redor de 56% (cerca de 1.600.000 cirurgias por ano), havendo uma diferença importante entre os serviços públicos de saúde (40%) e os serviços privados de saúde (85%)(1).

Em condições ideais, a operação cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, a operação cesariana é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Desta forma, seu valor na obstetrícia moderna deve ser reconhecido e enaltecido.

Entretanto, a operação cesariana é frequentemente utilizada de forma desnecessária em nosso meio, sem razões médicas que as justifiquem. É importante salientar que o conjunto de evidências científicas não sugere benefício da operação cesariana em mulheres que não precisam realmente dela. Nesse sentido e após estudos recentes, a Organização Mundial da Saúde concluiu que taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal(3). Desta forma, para populações com baixas taxas de nascimentos por cesariana, a meta de apenas 10-15% dos nascimentos ocorrerem por cesariana permanece válida. Entretanto, considerando as características da população obstétrica brasileira, caracterizada atualmente por um elevado contingente de mulheres com cesarianas prévias, estima-se que a taxa de referência para a população brasileira esteja ao redor de 29% (REF: Souza et al. C-Model. BJOG 2015, in press).

Mais do que isso, acredita-se que as complicações maternas graves da operação cesariana possam estar contribuindo para a estagnação da redução da mortalidade materna no Brasil. Ainda que as complicações maternas sejam raras, quando o procedimento é realizado milhões de vezes, observa-se um número expressivo de complicações cirúrgicas graves que podem resultar em mortes



maternas. Do ponto de vista neonatal, e principalmente pela realização de operações cesarianas desnecessárias em mulheres com real idade gestacional ao redor da 37ª semana, o procedimento passa a ser um importante contribuinte da ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal(4).

Enfatizam-se aqui as implicações da cesariana na morbimortalidade materna e neonatal, contudo, a operação afeta diversos outros aspectos, incluindo a formação do vínculo materno-infantil, o custo, o futuro reprodutivo da mulher e possíveis repercussões de longo prazo deste modo de nascer na criança (5). Da mesma forma que a operação cesariana possui implicações complexas, são também complexas as causas do uso excessivo da operação cesariana no Brasil. Estas causas incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada em nosso país, ainda bastante centralizada na atuação de obstetras individuais em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe, as características socioculturais, a qualidade dos serviços que assistem aos partos que frequentemente é sub-ótima ou que deixa a desejar em sua capacidade de acolher a mulher e as características da assistência pré-natal, que comumente deixa de preparar as mulheres para o parto de forma adequada. O presente documento visa oferecer aos profissionais de saúde e às mulheres brasileiras uma diretriz informada por evidências científicas sobre importantes questões relacionadas à cesariana.



ESCOPO E OBJETIVOS

Os grupos elaborador e consultivo reuniram-se em julho de 2014 em Brasília a fim de definir o escopo destas Diretrizes sobre a Cesariana. Participaram da oficina indivíduos e instituições interessadas, convidados pela Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, no intuito de estabelecer as questões de saúde relacionadas ao tema que seriam respondidas no processo de adaptação. Os membros dos grupos elaborador e consultivo encontram-se listados no Apêndice 1. Após exposição da metodologia de trabalho e discussão sobre o escopo, definiu-se que as presentes diretrizes iriam buscar responder um total de 72 perguntas consideradas prioritárias pelo grupo consultivo.

Esta diretriz tem como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação às práticas mais comuns na atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança. As questões de saúde foram distribuídas em capítulos que delinearão acerca dos cuidados à mulher e ao recém-nascido, às cesariana programada, ao parto vaginal após uma cesariana prévia e estratégias para redução das taxas de cesariana no Brasil.

PÚBLICO-ALVO

As “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” estão diretamente relacionadas a forma de nascimento e fornecem informações a mulheres, gestantes ou não, seus parceiros e população em geral sobre as circunstâncias do procedimento. Para os profissionais de saúde que assistem ao nascimento (obstetras, enfermeiras(os) obstétricas(os), obstetrizas, pediatras, anestesistas, dentre outros), essa diretriz pretende guiar as condutas relacionadas ao procedimento e os cuidados com a mulher e o recém-nascido.



MÉTODOS

As presentes diretrizes são oriundas do trabalho normativo da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde do Brasil e têm a finalidade de promover o uso de políticas e práticas informadas por evidências científicas em nosso território. A tarefa de desenvolver diretrizes informadas por evidências científicas envolve a realização de diversas revisões sistemáticas, classificação das evidências científicas, sua interpretação e o desenvolvimento de recomendações de forma consensuada incluindo os profissionais de saúde e os representantes da sociedade civil. Outros países e organizações já passaram por este processo e existe hoje uma metodologia específica para reduzir a duplicação de esforços e permitir a adaptação de diretrizes a outros países. Considerando que a base de evidências é comum, a Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde do Brasil optou por adaptar diretrizes recentes, informadas por evidência e de boa qualidade para a nossa realidade, utilizando para isso a metodologia ADAPTE(2). Esta metodologia consiste em um conjunto de procedimentos padronizados para adaptar para a nossa realidade, e de forma transparente, as melhores e mais recentes recomendações informadas por evidência. O processo inclui os passos a seguir:

- 1) Constituição de um grupo técnico elaborador das diretrizes que foi responsável por redigir o documento, discutir considerações a respeito das recomendações adaptadas à realidade brasileira.
- 2) Constituição de um grupo consultivo, com ampla participação de profissionais especialistas na atenção à saúde da mulher e da criança, como obstetras, enfermeiras obstétricas e obstetras, pediatras e representantes da entidades da sociedade civil organizada (Apêndice 1).
- 3) Definição do escopo das diretrizes pelo grupos elaborador e consultivo a fim de estabelecer as questões de saúde relevantes para o cenário brasileiro a serem respondidas pela diretriz.



4) Busca sistemática de diretrizes recentes, informadas por evidências e relevantes ao escopo escolhido nas bases de dados Medline, Tripdatabase, US Guideline ClearingHouse, Google Scholar, PAHO, WHO, Embase, ACOG, RCOG, NICE, ICSI, GIN, Scottish & New Zealand Guidelines. A estratégia de busca básica utilizada nestas diretrizes foi: ([caesarean] OR [caesarian] OR [caesarean section] OR [caesarean delivery] OR [caesarian section] OR [caesarian delivery]) AND ([guideline] OR [guidance] OR [algorithm] OR [recommendation]). Foram encontrados 29 diretrizes, das quais 19 estavam duplicadas e foram incluídas 10 diretrizes no processo de avaliação da qualidade (Apêndice 2).

5) As diretrizes identificadas na etapa anterior foram avaliadas quanto a sua qualidade metodológica por três componentes do grupo elaborador, de forma independente e mascarada, utilizando-se o instrumento AGREE II (Apêndice 3) (6). De acordo com os critérios de qualidade propostos pelo instrumento, e por decisão unânime dos avaliadores, foram selecionadas as diretrizes sobre cesarianas elaboradas pelo NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence / United Kingdom Department of Health*, publicado em 2011 e atualizado em 2013)(5) e de assistência ao parto para mulheres com cesarianas prévias do Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia (publicado em 2013)(7).

6) O processo de adaptação das recomendações iniciou-se com a busca nas diretrizes selecionadas, por respostas às questões de saúde incluídas no escopo brasileiro. As respostas às 49 questões do escopo nacional contempladas nas diretrizes-fonte foram então adaptadas a nossa realidade e são abordadas mais adiante. A lista de questões não respondidas pelas diretrizes identificadas encontram-se no Apêndice 4.

7) O grupo elaborador preparou um esboço inicial das diretrizes para atenção à cesariana, seguindo o escopo definido para a realidade brasileira e baseado nas recomendações das diretrizes selecionadas no processo (NICE e Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia), para apreciação pelo grupo consultivo.

8) O esboço elaborado foi avaliado pelos participantes do grupo consultivo, que teve a oportunidade de ler e comentar cada um de seus itens. Em reunião em Brasília, em 23



de março de 2015, esses grupos se reuniram a fim de estabelecer consenso a respeito das recomendações, tanto em relação a seu conteúdo quanto a seu formato. O presente documento resulta da incorporação das sugestões realizadas nessa etapa.

9) Em observação à legislação brasileira sobre a incorporação de tecnologias e de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no SUS, constantes na Lei nº 8.080 de 1990 alterada pela Lei nº 12.401 de 2011, nos Decretos nº 7.508 e 7.646 de 2011 e na Portaria nº 2.009 de 2012, o documento consensuado foi submetido à avaliação pela Subcomissão Técnica de Avaliação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), assim como ao próprio Plenário da CONITEC em sua 34ª Reunião.

10) Com a recomendação favorável do Plenário da CONITEC, o documento segue para consulta pública e avaliação por revisões externos.

Próximos passos:

11) Avaliação e incorporação de sugestões relevantes oriundas da consulta pública

12) Aprovação final pela CONITEC e Ministério da Saúde.

As respostas das questões de saúde foram agrupadas por temas em capítulos e respondidas de acordo com o processo de adaptação (Apêndice 5). Como as diretrizes selecionadas utilizaram metodologias diferentes para classificação das evidências científicas, seguem em tabelas, as classificações utilizadas pelo NICE (Tabela 1) e Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia (Tabela 2). As questões não respondidas pelas diretrizes selecionadas serão abordadas em um momento posterior (Apêndice 4).

Para maiores informações sobre o conjunto de evidências científicas sugere-se a leitura da documentação original.*

**NICE/Caesarean section:*

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/guidance-caesarean-section-pdf>



**Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)*
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810846>.

Tabela 1. Classificação de níveis de evidências utilizado pelo NICE-UK.

Nível de evidência	
1a	Revisão sistemática ou metanálise com estudos clínicos randomizados
1b	Pelo menos um ensaio clínico randomizado
2a	Pelo menos um estudo controlado bem desenhado sem randomização
2b	Pelo menos um estudo quase-experimental bem desenhado, como uma coorte
3	Estudos descritivos não-experimental bem desenhado, como estudos comparativos, de correlação, caso-controle e série de casos
4	Opinião de comitê de experts e/ou experiência clínica de autoridades respeitadas.

Tabela 2. Classificação de níveis de evidências utilizada pelo Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia.

Nível de evidência	GRADE
LE1	Ensaio clínicos randomizados muito robustos, metanálise com ensaios clínicos randomizados
LE2	Ensaio clínico randomizado não muito robustos estudos comparativos não randomizados bem desenhados
LE3	Estudos de Caso-controle
LE4	Estudos comparativos não randomizados com grande viés, estudos retrospectivos, estudos transversais e série de casos.



CAPITULO 1 - CUIDADO CENTRADO NA MULHER

O cuidado na oferta de informação e planejamento da forma de nascimento são discutidos neste capítulo com ênfase na abordagem quanto aos riscos e benefícios relacionados à cesariana programada comparado ao parto vaginal.

As gestantes devem receber informações baseadas em evidência e apoio para que realizem decisões informadas sobre o parto?

Quem deve oferecer estas informações?

Qual o conteúdo e formato destas informações?

Oferta de informações

O momento do nascimento costuma trazer questões delicadas para as mulheres muitas vezes devido à desinformação sobre o processo do parto e forma de nascimento.

Uma revisão sistemática com 6 ensaios clínicos randomizados (ECR) contendo 1443 gestantes avaliou o efeito da informação educativa no pré-natal e aspectos como ansiedade, amamentação, cuidados com a criança, apoio e ajuste psicossocial da mulher. O maior ECR (n=1275) demonstrou um aumento de parto vaginal após cesariana relacionado à educação no pré-natal, porém a maioria dos ECR tem difícil interpretação devido ao pequeno tamanho da amostra e à baixa qualidade metodológica (8). Um ECR avaliando o impacto do uso de folhetos informativos para gestantes no pré-natal não mostrou benefícios relacionados a postura ativa da mulher quanto as decisões sobre a gravidez, comparado com aquelas que não receberam os folhetos, no entanto, as mulheres mostraram-se satisfeitas por receber o informativo (9) (qualidade de evidência 1b).

Riscos e Benefícios de uma cesariana programada comparada ao parto vaginal planejado

Nove estudos observacionais foram incluídos na revisão sistemática realizada pelo NICE-UK (5) comparando as repercussões de uma cesariana programada e um



parto vaginal planejado. Em todos os estudos, a decisão da forma de nascimento foi realizada no pré-natal e não no momento do parto. A qualidade dos estudos existentes é baixa ou muito baixa.

As evidências da revisão sistemática demonstraram que não há diferença na incidência de lesão cervical e vesical, lesão iatrogênica, embolia pulmonar, falência renal aguda, infecção e ruptura uterina em gestantes submetidas à cesariana programada. Três estudos avaliaram taxa de mortalidade materna, um deles mostrou maior mortalidade em cesariana programada (10) e dois estudos não obtiveram diferença significativa comparando com parto vaginal (11, 12). Dos três estudos que avaliaram incidência de histerectomia pós-parto, dois evidenciaram maior risco de histerectomia em mulheres submetidas à cesariana (11, 12), um estudo mostrou maior risco de trombose venosa profunda (11), choque cardiogênico (11) e maior tempo de internação hospitalar (13) comparando com parto vaginal. Um estudo avaliou dor abdominal e perineal nos primeiros 3 dias pós-parto, evidenciando menos dor na cesariana programada (14) e um estudo mostrou maior chance de lesão vaginal quando a gestante submetida a parto vaginal planejado (12). Quanto às repercussões neonatais, a revisão evidenciou maior risco de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal nos recém-nascidos de cesariana, não havendo diferença estatística com relação à incidência de hipóxia e encefalopatia isquêmica, hemorragia intracraniana e morbidade respiratória quando comparado ao parto vaginal (15, 16) (qualidade de evidência 3).

Tabela de evidências – NICE p.p. 50 a 57 ou 63 a 68

Resumo das Evidências

Apesar da baixa qualidade dos estudos existentes sobre riscos e benefícios da cesariana programada e do parto vaginal, os riscos e complicações da cesariana devem ser ponderados para auxiliar na tomada de decisão quanto a forma de nascimento.



Considerações do grupo elaborador

A informação sobre indicações de cesariana, sobre o procedimento e seus riscos, suspeita de comprometimento fetal, apresentação anômala, repercussões para futuras gestações deve ser feita de maneira clara e acessível respeitando influências socioculturais e individuais da gestante. Não foram encontrados muitos estudos dissertando sobre a forma de abordagem e o instrumento de oferta de informação a respeito da forma de nascimento. Porém, o grupo elaborador desta diretriz acredita que a abordagem do tema seja em grupo de gestantes ou individual, a discussão sobre assuntos inerentes da gestação e forma de nascimento pode ajudar a esclarecer dúvidas e também a fomentar questionamentos sobre os riscos e as situações em que a cesariana é necessária. A gestante deve receber a informação de riscos e benefícios de uma cesariana sendo mostrados os dados de literatura disponíveis, na esperança de que cada mulher tenha o melhor entendimento sobre o procedimento e assim possa tomar decisões a respeito.

Recomendação:

É recomendado fornecer informações baseadas em evidências sobre o parto e forma de nascimento para as gestantes durante a atenção pré-natal e incluir a gestante no processo de decisão.

Deve ser obtido um consentimento informado? Quem deve obter o consentimento informado? Em que momento o consentimento informado deve ser obtido?

Quais informações devem ser discutidas com a mulher na obtenção do consentimento informado?

Consentimento informado

O termo de consentimento para cesariana deve ser obtido para todas as mulheres que serão submetidas ao procedimento. No termo de consentimento devem estar incluídas as condições clínicas da paciente, opções de tratamento, riscos e benefícios do procedimento, incluindo o risco da não realização da cesariana. A



informação deve ser fornecida de forma clara e acessível respeitando linguagem e características socioculturais (qualidade de evidência 4). Não há estudos que evidenciem a melhor forma de obter o consentimento informado e como devem ser fornecidas as informações.

Considerações

As evidências devem ser discutidas com a gestante respeitando sua dignidade, privacidade, características culturais e autonomia, considerando também sua situação clínica atual. Na ausência de estudos a respeito de consentimento informado para cesariana, como não existe legislação sobre regra sobre emissão de termo de consentimento, as recomendações foram baseadas no código de ética médica que disserta sobre termo de consentimento para procedimentos cirúrgicos (Resolução CFM1.931/2009).

Recomendação:

Um termo de consentimento informado deve ser obtido de todas as mulheres que serão submetidas à cesariana

Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que a influenciaram na decisão e qual deles é o mais influente.



CAPÍTULO 2 - CESARIANA PROGRAMADA

Este capítulo é destinado a considerar situações em que se pretende programar a cesariana.

Apresentação pélvica

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestação única e feto em apresentação pélvica? O que deve preceder este oferecimento? Em que momento deve ser realizada?

A versão cefálica externa deve ser oferecida para mulheres com gestação única e feto em apresentação pélvica antes da operação cesariana? Onde a versão cefálica externa deve ser realizada? Em que momento deve ser realizada?

A apresentação pélvica apresenta-se em 4% do total de gestações únicas. A versão cefálica externa é uma opção para fetos em apresentação pélvica(5).

Uma revisão sistemática com 6 ECRs, (n=612), mostrou redução de 60% dos partos não cefálico utilizando versão cefálica externa em mulheres com gestação pélvica, comparando com aquelas em que a versão não foi utilizada (RR=0,42, 95% IC 0,35-0,50). Encontraram redução de cesariana nas mulheres que realizaram versão cefálica externa comparada com aquelas que não utilizaram a versão (n=612, RR=0,52, 95% IC, 0,39-0,71) (17, 18). A versão cefálica externa realizada com menos de 37 semanas não diminuiu o número de partos não cefálicos (RR=1,02, 95% IC 0,89-1,17) (19) (evidência 1a). Entretanto, devem ser consideradas algumas complicações relacionadas ao procedimento: frequência cardíaca fetal não tranquilizadora (comumente bradicardia transitória, 1,1-16%), sangramento vaginal indolor (1,1%), ruptura de placenta (0,4-1%), desencadear trabalho de parto (3%) (18, 20) (qualidade de evidência 1b).

Avaliando o efeito da forma de nascimento em gestações a termo com apresentação pélvica, uma revisão sistemática incluindo 3 ECR (n=2396) mostrou redução de mortalidade perinatal e neonatal (RR=0,33, 95% IC 0,19-0,56) assim como morbidade neonatal grave quando oferecido cesariana O risco de mortalidade



perinatal e neonatal ou morbidade neonatal grave foi de 1,6% no grupo de cesariana programada e 5% no parto vaginal planejado (qualidade de evidência 1b). A redução do risco absoluto de morbidade e mortalidade neonatal foi de 3,4% com cesariana programada (evidência 1a)(21). A proporção de partos pélvicos decresce com a idade gestacional chegando a 30% em gestações com menos de 28 semanas. A taxa de sobrevivência em partos pélvicos é maior com cesariana programada (86,5%) comparado com parto vaginal planejado (77,4%) (22)(qualidade de evidência 3).

Resumo das Evidências

A versão cefálica externa apresenta-se como uma alternativa efetiva em mulheres com apresentação pélvica, visando diminuir as complicações de um parto pélvico. A cesariana programada também pode ser uma alternativa na assistência a mulher com feto de apresentação pélvica, porém seu benefício não é evidente em fetos prematuros.

Considerações do grupo elaborador

Apesar de as evidências mostrarem os benefícios da versão cefálica externa em mulheres com fetos em apresentação pélvica, o procedimento exige habilidade técnica do profissional obstetra e não deve ser realizada em fetos a termo. Caso a gestante não deseje ser submetida à versão cefálica externa ou o profissional não tenha condições hábeis de fazer o procedimento, a cesariana programada surge como opção de nascimento.

Considerando que a versão espontânea para apresentação cefálica pode ocorrer a qualquer momento durante a gravidez e que cesarianas programadas precocemente estão associadas a aumento da morbidade neonatal, além do incremento na morbidade materna, quando se oferece uma cesariana por apresentação pélvica deve-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas) e preferentemente o desencadeamento do trabalho de parto.

Considerando ainda que o risco absoluto de mortalidade neonatal é baixo, apesar do aumento do risco relativo já demonstrado, e os potenciais vieses do grande estudo que domina a revisão sistemática da Biblioteca Cochrane (Term Breech Trial), o



grupo elaborador reforça que os resultados desses estudos sejam apresentados às gestantes de forma que a decisão pela via de parto seja informada por evidências e que o direito da mulher que pretende ter um parto vaginal seja respeitado. O grupo elaborador recomenda que apenas profissionais com a devida qualificação e experientes com o manejo do parto pélvico prestem assistência ao parto nessa modalidade e que um termo de consentimento pós-informação seja obtido das mulheres que pleiteiem um parto vaginal com fetos em apresentação pélvica.

Recomendações:

Em apresentação pélvica, é recomendada versão cefálica externa com 36 semanas completas de idade gestacional, na ausência de trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota ou complicações maternas.

Em gestantes a termo com apresentação pélvica, a versão cefálica externa não é recomendada.

A cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal.

Quando se oferece uma cesariana por apresentação pélvica deve-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas) e preferentemente o desencadeamento do trabalho de parto.

Gestação múltipla

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestações gemelares não complicadas, cujo primeiro feto está em apresentação cefálica?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestações gemelares não complicadas, cujo primeiro feto está em apresentação não cefálica?

Cerca de 15 em 1000 gestações são gemelares (gêmeos 14,4/1000 e triplos 4/1000), sendo sua frequência aumentada nos últimos anos devido a gestações



provenientes de reprodução assistida (23). A maior morbidade e mortalidade perinatal de gestações gemelares está associada à prematuridade, baixo peso ao nascer, discordância de crescimento entre os fetos, monocorionicidade e relacionadas ao nascimento do segundo feto (24-26) (qualidade de evidência 3).

Uma revisão sistemática incluindo 1 ECR (n=60), comparou cesariana e parto vaginal em gestações gemelares cujo segundo feto está em apresentação não cefálica. Não houve diferença nas repercussões neonatais como trauma de parto ou morte perinatal, no entanto, o estudo era muito pequeno para estimar com acurácia dessas variáveis. Não houve diferença no tempo de internação hospitalar e o grupo que teve cesariana programada teve mais risco de febre puerperal comparado ao parto vaginal (RR=3,67, 95% IC 1,15-11,69) (27, 28) (qualidade de evidência 1b). A revisão incluiu ainda 3 coortes retrospectivas que também não mostraram diferença consistente entre os grupos quanto a mortalidade neonatal, trauma de parto, complicações neurológicas, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia ou taquipnéia transitória (27) (qualidade de evidência 1b).

Cesarianas programadas de gemelares realizadas entre 36-37 semanas e 6 dias estão associadas a aumento de taquipnéia transitória do recém-nascido (TTRN) e distúrbios respiratórios em um ou nos dois fetos comparado a cesarianas realizadas entre 38 e 40 semanas (RR=5,94, 95% IC 0,78-45,01) (29) (qualidade de evidência 2b).

Resumo das Evidências

Poucos estudos controlados foram incluídos na revisão do NICE sobre gestações gemelares. Não foram identificados estudos de boa qualidade para gestações múltiplas com mais de 2 fetos e modo de nascimento, assim como os desfechos neonatais e melhor momento para uma cesariana programada.

Considerações do grupo elaborador

Diferentes abordagens podem ser necessárias de acordo com as características, principalmente a corionicidade e a presença ou não de comorbidades, quando está presente uma gestação gemelar. Assim, a determinação da época para interrupção da gravidez deve ser individualizada. Na gravidez gemelar não complicada sugere-se



aguardar o trabalho de parto e indicar cesariana quando o primeiro gemelar se encontrar em apresentação não cefálica.

Recomendação:

Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, a cesariana não é recomendada de rotina.

No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada.

Nascimentos pré-termo

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres em trabalhos de parto pré-termo sem outras complicações maternas ou fetais?

Um grande número de estudos observacionais mostrou maior taxa de morbidade (como paralisia cerebral) e mortalidade neonatal em recém-nascidos pré-termo (30, 31) (qualidade de evidência 3). A revisão sistemática realizada a respeito do tema incluiu 6 ERCs, 3 ECRs com fetos cefálicos e 3 ECRs com fetos em apresentação pélvica. Um a cada seis dos recém-nascidos alocados para cesariana nasceu de parto vaginal, e vice-versa. Devido a grande taxa de descontinuidade e dificuldade de recrutamento os resultados produzidos foram inconclusivos (32) (qualidade 1b).

A melhor forma de nascimento para fetos pré-termo ainda é incerta. A cesariana foi proposta para melhorar as taxas de mortalidade, porém nestes casos pode ter maior dificuldade técnica no procedimento. (30) (qualidade de evidência 3).

Resumo das Evidências

Os estudos sobre forma de nascimento em fetos pré-termos são de baixa qualidade e não permitem concluir os desfechos neonatais comparando parto vaginal e cesariana programada. Não foram observados melhores resultados neonatais naqueles nascidos de cesariana.



Considerações do grupo elaborador

Não há vantagens documentadas para recém-nascidos pré-termo nascidos de cesariana e a cesariana pode estar associada a aumento da morbidade materna. Além disso, indicar cesariana de rotina pode promover um aumento do número de nascimentos prematuros, uma vez que o parto prematuro pode ser evitado em determinadas circunstâncias. O grupo elaborador não sugere cesariana de rotina em função exclusiva da prematuridade, quer na presença de trabalho de parto prematuro quer quando a interrupção da gravidez está indicada por alguma complicação própria da gestação ou nela intercorrente.

Recomendação:

A cesariana não é recomendada de rotina como forma de nascimento em trabalhos de parto pré-termo.

Fetos pequenos para a idade gestacional

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para gestantes com fetos pequenos para a idade gestacional?

Fetos pequenos para idade gestacional (PIG) têm mais risco de hipóxia, complicações neonatais e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. Estudos observacionais mostram que fetos PIGs tem maior risco de morte neonatal quando exposto ao trabalho de parto em comparação com aqueles que não foram expostos (RR=1,79, 95% IC 1,54-1,86) (33) (qualidade de evidência 3). A cesariana pode reduzir a necessidade de reanimação neonatal (OR= 0,2, 95% IC 0,08-0,66) (34) (qualidade de evidência 3). A cesariana não mostrou diferença na redução de paralisia cerebral em fetos PIGs (35).



Resumo das Evidências

Os poucos estudos encontrados sobre forma de nascimento em fetos FIGs são retrospectivos de pouca validade interna. Não foi evidenciado benefício da cesariana na redução de desfechos neonatais negativos graves como mortalidade neonatal e paralisia cerebral.

Considerações

Como não foram encontrados estudos de boa qualidade evidenciando melhores desfechos neonatais com a cesariana comparando com parto vaginal, o grupo elaborador desta diretriz concorda com a maioria dos guidelines não recomendando cesariana de rotina para fetos FIG.

Recomendação:

A cesariana não é recomendada de rotina como forma de nascimento em fetos pequenos para idade gestacional.

Placenta prévia

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres cujos fetos têm placentas centro-total ou centro-parcial?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres cujos fetos têm placentas baixas (não centro-totais ou centro-parciais)?

A placenta de inserção baixa (placenta prévia) é a indicação primária de cesariana em cerca de 3% na Inglaterra (23). Quando detectada com 20 semanas de gestação costuma resolver-se. Deve ser repetida ultrassonografia com 32 semanas e se permanecer o diagnóstico de placenta de inserção baixa com 36 semanas ou mais, a cesariana normalmente é necessária. A cesariana de mulheres com placenta prévia tem risco aumentado de perda sanguínea maior que 1000mL comparado com cesariana por outras indicações (RR=3,97, 95% IC 3,24-4,85) (23) (qualidade de evidência 3).



Resumo das Evidências

As evidências encontradas relacionadas às complicações da cesariana em mulheres com placenta prévia são provenientes de estudos observacionais de boa qualidade.

Considerações do grupo elaborador

O NICE não apresenta estudos quanto a melhor forma de nascimento em placentas de inserção baixa. Classicamente as formas de placenta prévia centro-total ou centro-partical têm sido definidas como indicação absoluta de cesariana, uma vez que essa oclui o canal cervical no momento do parto e é evidente o risco de hemorragia e morte fetal caso o trabalho de parto progrida nessa circunstância, podendo mesmo ocorrer o óbito materno. Diante dessa situação não há como conduzir ensaios clínicos randomizados e, considerando os riscos associados, o grupo elaborador sugere programar cesariana eletiva a partir de 37 semanas na presença de placenta prévia centro-total ou centro-parcial. Todavia, a placentação só pode ser adequadamente avaliada no terceiro trimestre, porque antes desse período, em decorrência do crescimento uterino, pode ocorrer alteração da relação entre placenta e orifício cervical externo, modificando o diagnóstico. Na ausência de estudos comprovando vantagens da cesariana em casos de placenta prévia não centro-total ou centro-parcial, o trabalho de parto pode ser conduzido em outras formas de placenta baixa.

Recomendação:

A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos na presença de placentas centro-total ou centro-parcial.

Acretismo placentário

Para mulheres com placenta baixa entre 32 e 34 semanas de gestação e antecedente de cesariana prévia, um exame ecográfico com Doppler deve ser oferecido para o diagnóstico de acretismo placentário?



Em mulheres em que foi possível estabelecer o diagnóstico anteparto de acretismo placentário, deve ser oferecido encaminhamento para um centro de referência? Realização de Ressonância Nuclear Magnética (RNM) deve ser oferecida nestes casos? Quais são as intervenções disponíveis para mulheres com acretismo placentário?

As gestantes com cesariana prévia tem um risco de 0,6-1,3% de desenvolver placenta de inserção baixa, destas 11-14% podem evoluir com acretismo placentário. Quanto maior o número de cesarianas anteriores, maior o risco de placenta prévia e, por conseguinte maior risco de acretismo placentário (2 cesarianas prévias tem risco de 23-40% enquanto 3 cesarianas ou mais tem risco de 35-67% de acretismo numa próxima gestação) (36).

Em uma revisão sistemática do NICE (5) avaliando a acurácia dos exames de imagem na investigação de acretismo placentário em gestantes com cesariana prévia, foram incluídos 5 estudos (37-41). Dois estudos avaliaram a acurácia da ressonância nuclear magnética (RNM) para investigação de acretismo placentário em gestantes com cesariana prévia. Os estudos mostraram que a RNM tem alta sensibilidade e especificidade, assim como altos valores preditivos positivos e negativos na avaliação de acretismo placentário (37, 40). Considerando a prática clínica, os autores sugerem que os exames para investigação de placenta prévia sejam realizados entre 32-34 semanas de gestação (5).

Tabela de evidência - pagina 78 e 79 do NICE.

Os efeitos do diagnóstico pré-natal de acretismo placentário através de exames de imagem e as repercussões maternas e perinatais foram também avaliados na revisão do NICE(5). Dois estudos observacionais foram incluídos comparando um grupo com diagnóstico pré-natal de acretismo e um segundo grupo sem diagnóstico de acretismo até o parto. Um estudo mostrou menor perda sanguínea e menor necessidade de histerectomia de emergência nas gestantes com diagnóstico pré-natal (42) enquanto o segundo estudo mostrou menor necessidade de hemotransfusão e maior número de admissões em UTI neonatal dos recém-nascidos (RR=1,57, 95% IC



1,16-2,28) no grupo com diagnóstico pré-natal de acretismo (43) (qualidade de evidência 2b).

Resumo das Evidências

A maioria dos estudos avaliou as gestantes com cerca de 30 semanas de gestação mostrando que a ultrassonografia com doppler tem alta sensibilidade e especificidade, assim como altos valores preditivos positivos e negativos para diagnóstico de acretismo placentário. Dos três estudos que avaliaram a acurácia da ultrassonografia com doppler, dois são de moderada qualidade e um de baixa qualidade. Os estudos que avaliaram acurácia da RNM para investigação de invasão placentária em placenta acreta são de moderada qualidade evidenciando também altos valores preditivos positivos e negativos, e alta sensibilidade.

Considerações do grupo elaborador

À diferença do grupo elaborador do NICE, o grupo elaborador desta diretriz não vê necessidade de hematologista para cesariana, em sala de parto, pois não há evidência na literatura sobre o benefício deste profissional na redução de morbimortalidade em placenta acreta.

Deve-se explicar o procedimento de RNM para a gestante, que é um procedimento relativamente seguro e que falta evidência sobre as repercussões para o feto em longo prazo e deve ser realizado se aceito pela gestante.

Recomendação:

Um exame ecográfico com Doppler é recomendado em mulheres com cesariana prévia e suspeita de placenta de inserção baixa entre 32-34 semanas para investigação de acretismo placentário.

Caso o diagnóstico de placenta acreta seja sugerido pelo exame ecográfico, é recomendada a Ressonância Nuclear Magnética nos lugares em que o exame esteja disponível com a finalidade de investigar a extensão da invasão.

Em gestantes com acretismo placentário:

- **É recomendado programar a operação cesariana;**



- **É recomendada a presença de dois médicos obstetras, anestesista e pediatra para o procedimento.**
- **É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemoderivados para eventual necessidade durante o procedimento.**
- **É recomendado que o hospital de assistência tenha condições de suporte para pacientes em estado grave de saúde.**

Desproporção céfalo-pélvica

Como fazer o diagnóstico da desproporção céfalo-pélvica? A pelvimetria clínica deve ser utilizada para prever a ocorrência de falha de progressão de trabalho de parto? A pelvimetria clínica deve ser utilizada no processo de decisão quanto à via de parto?

O tamanho do pé, a altura materna, e estimativas de tamanho fetal (ecográficas ou clínicas) devem ser utilizadas para prever a ocorrência de falha de progressão de trabalho de parto?

Estudos observacionais não demonstraram validade em testes para prever falha de progressão do trabalho de parto (tamanho do pé, a altura materna e estimativa de tamanho fetal) (44, 45) (qualidade de evidência 3). A pelvimetria clínica ou por Raio-X tem sido utilizada como instrumento para prever a necessidade de cesariana. Revisão sistemática da Cochrane contendo 4 ERCs (n=895) relacionou os efeitos de pelvimetria radiológica e a via de parto. Dois desses ERCs incluíram mulheres com cesariana prévia. As mulheres que fizeram pelvimetria tiveram mais chance de evoluir para cesariana (OR=2,97, 95% IC 1,63-288), não sendo observada diferença nas repercussões neonatais (asfixia, admissão em unidade intensiva neonatal) e deiscência de sutura) (46) (qualidade de evidência 1a). Não há evidência que suporte o uso da pelvimetria para prever a ocorrência de falha de progressão de trabalho de parto.



Resumo das Evidências

Os testes e pelvimetria para prever falha de progressão do trabalho de parto (tamanho do pé, a altura materna e estimativa de tamanho fetal) foram avaliados por estudos de boa qualidade.

Considerações do grupo elaborador

A ultrassonografia, pelvimetria e outros testes não têm acurácia para prever falha de trabalho de parto. Portanto, o grupo elaborador considera que o acompanhamento do trabalho de parto ainda é a melhor forma de evidenciar desproporção cefalopélvica. Tendo em vista as evidências mais recentes sobre evolução do trabalho de parto, com a curva de Zhang et al. (2010) limites menos rígidos para documentar falha de progressão podem ser adotados, não havendo obrigatoriedade de intervir em um trabalho de parto que se estende além dos limites habituais se mãe e concepto se encontram bem.

Recomendação:

A utilização de pelvimetria clínica não é recomendada para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto ou definir via de parto.

A utilização de tamanho do pé, a altura materna e estimativa de tamanho fetal (clínica ou ecográfica) não são recomendados para prever a falha de progressão de trabalho de parto.

Transmissão vertical de infecções e forma de nascimento

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus HIV para prevenir a transmissão vertical? Em que circunstâncias esta operação deve ser oferecida para evitar a transmissão vertical?

HIV

Avaliando a via de parto como modo de prevenir transmissão vertical do vírus HIV em gestante soropositivas, uma revisão do NICE(5) incluiu 4 estudos, todos



observacionais, 1 prospectivo (47) e 3 retrospectivos (48-50) (qualidade de evidência 2b). Todos avaliaram taxa de transmissão vertical, de acordo com a carga viral e via de parto, em usuárias de terapia antirretroviral. Dois estudos avaliaram a transmissão vertical comparando cesariana e parto vaginal, planejado e não planejado (48, 49). Apesar da qualidade de evidência ser considerada muito baixa para determinar a taxa de transmissão vertical para cada tipo de parto, a evidência dos estudos foi capaz de demonstrar que não há diferença significativa na taxa de transmissão vertical entre a cesariana e o parto vaginal, quando as gestantes usavam profilaxia antirretroviral (HAART) e a carga viral estava abaixo de 50 cópias/ml. Um estudo também observou menor transmissão vertical do HIV com HAART e carga viral abaixo de 400 (50). Através de modelo econômico comparando cesariana e parto vaginal, sugere-se que a custo-efetividade do parto vaginal é melhor, no entanto, pensando no risco de transmissão vertical do HIV, nas repercussões em longo prazo e custo para tratamento do recém-nascido, a cesariana deve ser considerada.

Resumo das Evidências

Os estudos relacionados a transmissão vertical do HIV são de muito baixa qualidade. Os estudos retrospectivos utilizaram antirretrovirais em pacientes com carga viral baixa, porém variada (50 ou 400 cópias/ml).

Considerações do grupo elaborador

No NICE, não há informação sobre indicação da forma de nascimento em mulheres com carga viral desconhecida, bolsa rota ou em trabalho de parto. No Brasil, existem recomendações específicas do Ministério da Saúde quanto a indicação de cesariana nessas situações. Se gestante soropositiva estiver em início de trabalho de parto, com bolsa íntegra e com 3 cm ou menos de dilatação cervical, deve-se iniciar profilaxia venosa com antirretroviral (zidovudina) e realizar a cesariana após 3 horas da infusão. Sendo assim, o grupo elaborador desta diretriz acrescenta a recomendação do Ministério da Saúde no processo de adaptação. Em mulheres com carga viral entre 50-400 cópias/ml, não há evidências que a cesariana previne a transmissão vertical.



Recomendação:

A cesariana não é recomendada para prevenir transmissão vertical, em gestantes HIV positivas quando:

- a mulher faz uso de profilaxia antirretroviral (HAART) com carga viral menor que 400 cópias/mL ou
- a mulher está em terapia antirretroviral (TARV) com carga viral menor que 50 cópias/mL.

A cesariana é recomendada nas gestantes HIV positivas sem uso de antirretrovirais ou com carga viral maior que as referidas acima.

A cesariana é recomendada em mulheres HIV positivas com carga viral desconhecida, em início de trabalho de parto, com bolsa íntegra e com 3 cm ou menos de dilatação cervical. Nesta situação, é recomendado iniciar a profilaxia endovenosa com antirretroviral (zidovudina) 3 horas antes do procedimento.

Hepatite B

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus da hepatite B para prevenir a transmissão vertical?

A soroprevalência de anticorpo anti-HBc no Brasil é de 7,4% (95% IC 6,8%-8,0%) (51). A transmissão vertical do vírus B para o recém-nascido costuma ocorrer durante o parto e pós-parto através de contato com sangue, líquido amniótico e secreção vaginal. Uma coorte (n=447) comparou cesariana e partovaginal e taxa de transmissão vertical do vírus B. Todas as mulheres utilizaram imunoglobulina para o vírus B e os autores sugerem que a combinação cesariana e imunoglobulina deve ser considerada em gestante com níveis sérios elevados de HBV-DNA(52) (qualidade de evidência 2a).

Resumo das Evidências

Não existe ERC avaliando o benefício da cesariana na redução de transmissão vertical do vírus B. Os estudos avaliando cesariana e redução de transmissão vertical não permitem generalização.



Considerações

Existem estudos de boa qualidade, randomizados que possam determinar os benefícios da cesariana e redução de transmissão vertical. O grupo elaborador desta diretriz considera pontos importantes para redução da transmissão vertical, a detecção e tratamento precoce da hepatite B (antes ou durante o pré-natal) e a administração de imunoglobulina para vírus B no parto e vacinação adequada para o recém-nascido.

Recomendação:

A cesariana programada não é recomendada para prevenir a transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B.

Hepatite C

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus da hepatite C para prevenir a transmissão vertical?

O risco de transmissão vertical por vírus da hepatite C é baixo, em torno de 3-5%, mas chegam a 20-30% de transmissão em mulheres com co-infecção com HIV (51). Uma coorte com 441 mulheres portadora de hepatite C estimou um risco de 6,7% (95% IC 4,0-10,2) de transmissão vertical e aquelas com co-infecção para HIV tiveram 3,8 vezes maior risco de transmissão para os recém-nascidos (53) (qualidade de evidência 2b). As mulheres com infecção por vírus C não tiveram diferença quanto à transmissão vertical comparando os tipos parto (OR 1,19, 95% IC 0,64-2,20). Na análise de subgrupo de mulheres portadoras de co-infecção com HIV (n=503, 35,4%), mostrou redução de 60% de transmissão do vírus da hepatite C quanto submetidas à cesariana (OR= 0,46, 95% IC 0,23-0,80) (qualidade de evidência 3). Não foi relatado uso de terapia antirretroviral nessas mulheres (53).

Resumo das Evidências

Quanto a forma de nascimento e transmissão vertical de hepatite C, não existem ERCs, apenas estudos observacionais retrospectivos de qualidade moderada.



Considerações

Considerando os poucos estudos a respeito da prevenção transmissão vertical em hepatite C, não se pode recomendar a cesariana para todas as gestantes com hepatite C. No entanto, quando há co-infecção com HIV a cesariana programada é a melhor opção de forma de nascimento.

Recomendação:

A cesariana programada não é recomendada para prevenir a transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite C.

A cesariana programada é recomendada para prevenir a transmissão vertical do HIV e Hepatite C em mulheres com esta co-infecção.

Herpes vírus (HSV)

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção primária ativa do vírus da Herpes simples (HSV) durante o terceiro trimestre da gestação? A operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção ativa recorrente do vírus da Herpes simples?

A Infecção neonatal do HSV-2 está associada à morbidade grave e alta taxa de mortalidade e pode ocorrer transmissão através do canal de parto durante o nascimento (54). Poucas séries de casos suportam as evidências sobre transmissão vertical do HSV-2, no entanto, a alta mortalidade suporta as recomendações. Um estudo avaliou 101 gestantes que tiveram infecção herpética genital (primária ou recorrente) durante o terceiro trimestre de gestação. O risco de herpes neonatal foi maior nas que tiveram infecção primária (3 casos de herpes neonatal em 9 expostos) (55). Em estudo com 15923 mulheres em início de trabalho de parto, 56 delas relataram infecção por HSV e 18 (35%) apresentavam infecção primária no momento do parto. Seis recém-nascidos (33%) cujas mães tinham infecção primária no parto desenvolveram herpes neonatal (56) (qualidade de evidência 3). Nenhum estudo permitiu avaliar associação entre forma de nascimento e transmissão do herpes vírus.



Três ECRs avaliaram o uso de aciclovir oral para prevenção de infecção herpética recorrente no parto em gestantes com 36 semanas. Os estudos evidenciaram redução de cesariana devido a herpes genital, porém não conseguiram evidenciar benefício do aciclovir na redução de transmissão vertical do vírus (57-59) (qualidade de evidência 1b).

Resumo das Evidências

Os estudos encontrados relacionando herpes vírus na gestação e herpes neonatal são de casuística pequena e baixa qualidade. ECRs de boa qualidade não evidenciaram redução de transmissão vertical do herpes vírus com uso de aciclovir.

Considerações

Apesar dos estudos serem de baixa qualidade de evidência, parece que a cesariana possa reduzir a transmissão do herpes vírus nas gestantes com infecção primária ativa no final da gestação. O aciclovir não traz benefício na redução de transmissão vertical do herpes vírus seja na infecção primária ou recorrente e não deve ser utilizado.

Recomendação:

A cesariana é recomendada nas mulheres com infecção primária ativa do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação por reduzir risco de infecção neonatal do HSV.

A cesariana não é recomendada de rotina para mulheres com infecção ativa recorrente do vírus do Herpes simples.

Obesidade

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para gestantes obesas? Existe algum valor de índice de massa corporal a partir do qual a cesariana deva ser oferecida?



A obesidade é uma morbidade crônica que está associada à maior necessidade de cuidados às gestantes obesas durante o pré-natal e parto, maior risco de complicações maternas e neonatais além de maior risco de cesariana. Uma coorte contendo 591 gestantes obesas extremas ($IMC > 50 \text{kg/m}^2$) comparou cesariana programada e parto vaginal planejado. Incluíram nulíparas e múltíparas, com cesariana prévia e complicações gestacionais como diabetes e pré-eclâmpsia e após ajuste de covariáveis não evidenciou diferença nas complicações anestésicas, pós-natais e neonatais, exceto distócia de ombro que foi maior naquelas que tiveram partos normais (3% vs 0%, $p=0,0019$) (qualidade de evidência 2b). Contudo, as evidências não apoiam a indicação de cesariana para obesas extremas devendo esta ser individualizada. (16).

Resumo das Evidências

O principal estudo analisando forma de nascimento e obesidade é boa qualidade e mostra que nem mesmo nos casos de obesidade extrema, a cesariana traz melhores desfechos que o parto vaginal.

Considerações

A gestação de mulheres com IMC maior que 50kg/m^2 habitualmente está associado com outras morbidade como hipertensão, diabetes, além de um maior risco de complicações cirúrgicas. Baseado em estudos populacionais, o grupo elaborador do NICE não encontrou benefícios da cesariana em nenhum grau de obesidade, inclusive nas obesas extremas ($IMC > 50 \text{kg/m}^2$). Logo, em pacientes obesas não se deve considerar a cesariana como melhor opção de nascimento.

Recomendação:

A cesariana programada não é recomendada de rotina para mulheres obesas.



CAPÍTULO 3 - OPERAÇÃO CESARIANA A PEDIDO

Como aconselhar uma mulher que solicita a operação cesariana? Qual o conteúdo que deve ser discutido? (utilizar o informativo sobre operação cesariana)

Se a razão apresentada para a solicitação da operação cesariana é ansiedade em relação ao parto ou partofobia, a mulher deve ser encaminhada para avaliação e suporte psicológico?

Quais são as possíveis linhas de cuidado para tratamento da ansiedade relacionada ao parto e a partofobia? Os grupos de gestante podem contribuir para o tratamento da ansiedade relacionada ao parto e a partofobia?

Se mesmo após o aconselhamento a mulher mantém a solicitação de operação cesariana para o parto, uma segunda opinião médica deve ser obtida?

No caso de operação cesariana a pedido, existe uma idade gestacional mínima para a sua realização?

A taxa de cesariana vem crescendo ao longo dos anos e por várias razões as mulheres têm solicitado a via cirúrgica como forma de nascimento. História pessoal ou de pessoas próximas de parto vaginal com desfechos negativos são mencionados pelas mulheres, medo de sentir dor, falta de conhecimento sobre os mecanismos de alívio da dor no trabalho de parto e preocupação com sofrimento fetal e cesariana de urgência são alguns assuntos envolvidos na escolha e desejo pela cesariana programada. Este capítulo destina-se a nortear cesariana programada a pedido da gestante. Considerando os riscos inerentes ao procedimento e os princípios universais de bioética, não se recomenda que a cesariana seja realizada por conveniência médica, de forma que essa não será abordada no presente capítulo.

Dezenove estudos observacionais foram encontrados relatando taxa de cesariana a pedido da gestante. Um achado consistente foi a relação da preferência de cesariana e cesariana prévia, experiência negativa com parto vaginal anterior, complicação na gestação ou medo do parto vaginal (60, 61). A maior preferência por cesariana foi pela percepção de segurança para o bebê. Um estudo caso-controlado encontrou relação do desejo de cesariana pelas mulheres com o medo do parto em



experiência de abortos espontâneos (OR= 1,73 95% IC 1,05-2,85), maior tempo entre os partos (OR= 1,44 95% IC 1,19-1,75), longo tempo no segundo estágio do parto vaginal anterior (OR=4,50 95% IC 1,18-9,31), ou cesariana de emergência (OR=26,91 95% IC 11,86-61,07) (62) (qualidade de evidência 3).

Uma coorte prospectiva com 357 mulheres avaliou repercussões pós-parto de cesarianas programadas em primíparas na Suécia. Foi comparada a cesariana programada a pedido da gestante com parto vaginal planejado. O estudo encontrou maior permanência hospitalar nas mulheres que tiveram cesariana a pedido, maior satisfação destas nos primeiros dois dias de parto e menor taxa de amamentação em 3 meses pós-parto. Não houve diferença em depressão puerperal e necessidade de terapia intensiva neonatal (63) (qualidade de evidência 2b).

Momento para se realizar a cesariana programada

Recém-nascidos de cesariana entre 37-42 semanas têm mais risco de desconforto respiratório ao nascer, este risco diminuindo com o aumento da idade gestacional (64). Um grande estudo prospectivo realizado na Inglaterra avaliou 33289 partos e a prevalência de desconforto respiratório neonatal, taquipnéia transitória do recém-nascido e admissão em UTI neonatal. O estudo mostrou diminuição do desconforto respiratório neonatal a partir de 39 semanas de gestação (42,3 por 1000 nascidos vivos com 38 semanas para 17,8 por 1000 com 39 semanas, OR= 8,2 e 3,5 respectivamente). A morbidade neonatal também foi maior naqueles recém-nascidos de cesariana programada sem que a gestante tenha iniciado o trabalho de parto (64) (qualidade de evidência 3).

Resumo das Evidências

Todos os desfechos analisados nos estudos com cesariana a pedido são de muito baixa qualidade. Quanto ao momento do nascimento, com quantas semanas deve ocorrer a cesariana programada, os estudos analisados foram coortes extensas bem desenhadas, de boa qualidade.



Considerações

O grupo elaborador acredita que providenciar informações sobre o parto às gestantes, apoio emocional e psicológico pode diminuir a ansiedade relacionada ao parto vaginal e reduzir a necessidade de cesarianas por solicitação da gestante. Recomenda-se o diálogo com profissionais que prestam assistência ao parto, mulheres que tiveram a experiência de partos vaginais humanizados, doulas, pediatras e anestesistas que possam tirar dúvidas a respeito dos riscos de uma cesariana e os benefícios de um parto vaginal.

As evidências devem ser discutidas com a gestante respeitando sua dignidade, privacidade, características culturais e autonomia, considerando também sua situação clínica atual. Evidências demonstram que quando ouvidas e aconselhadas, muitas gestantes modificam sua opinião porque o desejo inicial de uma cesariana pode estar associado com falta de informação, ansiedade e medo da dor, questões que podem ser abordadas em encontros presenciais com profissionais de saúde ou em grupos de gestantes.

Em decorrência dos potenciais danos perinatais de uma cesariana eletiva antes de 39 semanas, e com o conceito de “termo completo” para designar os conceptos entre 39 e 40 semanas como um grupo com menor morbidade perinatal e neonatal, o grupo elaborador sugere que não se programe cesariana a pedido antes de 39 semanas e que se aguarde preferencialmente o trabalho de parto, uma vez que sua presença indica habitualmente o amadurecimento do bebê de forma a garantir uma melhor adaptação ao ambiente extrauterino.

Recomendação:

A informação sobre indicações de cesariana, o procedimento, seus riscos e repercussões para futuras gestações deve ser feita de maneira clara e acessível respeitando as características socioculturais e individuais da gestante.

Se não há indicação médica, deve-se discutir as razões da preferência por cesariana. É recomendado que a gestante converse sobre sua preferência com outros profissionais (anestesista, outro obstetra, enfermeiras(os) obstétricas(os), obstetrizes).



Em caso de ansiedade relacionada ao parto ou partofobia, é recomendado apoio psicológico multiprofissional.

Se após informação (e apoio psicológico quando indicado) a gestante mantiver seu desejo por cesariana, o parto vaginal não é recomendado.

Quando a decisão pela cesariana for tomada, devem ser registrados os fatores que a influenciaram na decisão, e qual deles é o mais influente.

Caso o obstetra manifeste objeção de consciência e não deseje realizar a cesariana a pedido, deve ser indicado outro profissional médico que faça o procedimento.

A cesariana programada não é recomendada antes de 39 semanas de gestação.

Profilaxia de Infecção na cesariana

Quais intervenções devem ser realizadas para reduzir a ocorrência de infecção operatória na cesariana?

Infecção pós-parto é uma importante causa de morbidade materna e pode prolongar o tempo de internação hospitalar relacionada ao parto. Seis ECRs (n=2566) a via de parto e morbidade materna. A incidência de infecção em cesariana foi 6,4% comparado a 4,9% em parto vaginal. O maior ECR sugere uso de antibiótico profilático durante a cesariana (65). Duas coortes conduzidas em Israel (n=75947) (66) e nos Estados Unidos (n=33251) (67) avaliaram o risco de infecção e via de parto. A primeira coorte evidenciou incidência de infecção puerperal em mulheres submetidas à cesariana foi 2,6% comparado a 0,2% naquelas cujos partos foram vaginais (RR= 14,97 95% IC 11,96-18,74)(66). No outro estudo, o risco de infecção puerperal também foi maior nas mulheres que tiveram cesariana (7,9%) comparado àquelas que tiveram parto vaginal (1,8%) (RR=4,51 95% IC 4,00-5,09) (67) (qualidade de evidência 1a).

Uma revisão sistemática incluindo 81 ECRs (n=11957) analisando benefício da profilaxia com antibióticos durante a cesariana. O uso de profilaxia antibiótica em cesariana reduziu a incidência de febre puerperal (RR=0,45 95% IC 0,39-0,52),



endometrite (RR=0,39 95% IC 0,34-0,43), infecção do sítio operatório (RR=0,41 95% IC 0,35-0,48), infecção urinária (RR=0,54 95% IC 0,46-0,64) e infecção grave (RR=0,42 95% IC 0,28-0,65) (68). Para avaliar a eficácia de diferentes regimes de antibioticoprofilaxia, uma revisão sistemática incluiu 5 ECRs concluiu que tanto ampicilina quanto as cefalosporinas de primeira geração tem mesma eficácia em reduzir endometrite pós-operatória. Não foi evidenciado benefício no uso de antibióticos de maior espectro ou múltiplas doses (69) (qualidade de evidência 1a).

Durante o procedimento cirúrgico, foi avaliado 5 ECRs em metanálise que se propunha em avaliar o risco de endometrite de acordo com o método de remoção da placenta na cesariana. A remoção manual da placenta durante a cesariana aumentou o risco de endometrite comparado à remoção espontânea (RR=1.54 95% IC 1,23-1,92) (70) (qualidade de evidência 1a). Quatro estudos compararam a necessidade ou não de sutura do tecido subcutâneo e o risco de infecção pós-cesariana. Não foi encontrada diferença significativa na sutura do tecido subcutâneo. No entanto, numa metanálise de 2 ECRs (n=75, n=91) contendo mulheres com mais de 2cm de tecido subcutâneo, a sutura do tecido subcutâneo reduziu o risco de infecção de sítio cirúrgico (RR= 0,42 95% IC 0,22-0,81) (71, 72) (qualidade de evidência 1a).

Resumo das evidências

Os estudos analisados relacionando infecção, profilaxia de infecção e antibioticoprofilaxia associados à cesariana são de boa qualidade, mas como o esquema de antibióticos utilizados foram diferentes, não foi possível determinar qual esquema específico para profilaxia de infecção em cesariana. ECRs de boa qualidade avaliaram remoção placentária e necessidade de sutura do tecido subcutâneo.

Considerações

Os estudos de profilaxia de infecção em cesariana foram realizados em diversos países (Estados Unidos, Turquia, Irã, dentre outros), utilizando grandes amostras e demonstraram boa validade externa com poder de generalização. As cefalosporinas de primeira geração parecem uma opção custo-efetiva para profilaxia antibiótica. Alguns estudos associaram aparecimento de enterocolite necrotizante dos recém-nascidos à



exposição de amoxicilina-clavulanato. Assim como o grupo elaborador do NICE, não consideramos o amoxicilina-clavulanato indicado na profilaxia de infecção em cesariana. O grupo elaborador considera pertinente evitar remoção manual da placenta e sutura apenas quando o tecido subcutâneo for maior que 2cm.

Recomendação:

É recomendado oferecer antibioticoprofilaxia antes da incisão na pele na intenção de reduzir infecção materna.

A escolha do antibiótico para reduzir infecção pós-operatória deve considerar fármacos efetivos para endometrite, infecção urinária e infecção de sítio cirúrgico.

Não é recomendado o uso de amoxicilina-clavulonato para profilaxia antibiótica.

Durante a cesariana, é recomendado a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir risco de endometrite.

Ligadura/hemostasia de tecido subcutâneo não é recomendada de rotina para gestantes com menos de 2 cm de tecido adiposo, pois não diminui incidência de infecção.



CAPÍTULO 4 – PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA

Assistência à mulher com cesariana prévia

Com o crescente número de mulheres submetidas a uma cesariana primária nas últimas décadas, cresce proporcionalmente o número de gestantes com cesariana(s) prévia(s), sendo a via de parto neste contexto motivo de pesquisa e discussão. Com base nas evidências avaliadas, este capítulo visa nortear o aconselhamento de gestantes com cesariana(s) prévia(s).

A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com uma cesariana prévia?

A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com duas ou mais cesarianas prévias?

As mulheres com duas ou mais cesarianas prévias podem ter um parto vaginal subsequente?

A operação cesariana deve ser realizada em mulheres com uma ou mais operações cesarianas prévias e que solicitem nova operação cesariana?

Como proceder caso uma mulher com CS prévia solicite uma nova CS?

Existe um número máximo de cesarianas prévias que seja compatível com parto vaginal seguro?

Riscos e Benefícios de uma cesariana programada comparada ao trabalho de parto planejado em mulheres com cesariana prévia

A taxa de mortalidade materna em mulheres com cesariana prévia é um evento raro. No entanto, o risco de ruptura uterina é maior naquelas mulheres com cesariana anterior que entraram em trabalho de parto mas tiveram falha na progressão do trabalho de parto e evoluíram para uma nova cesariana (0,2-0,8%) (qualidade de evidência LE2)(73). Em mulheres com cesariana anterior, a taxa de mortalidade materna é maior nas gestantes submetidas a uma nova cesariana programada comparadas àquelas que tiveram parto vaginal planejado (RR 3,94, 95% IC 1,20-12,5). Quanto à necessidade de hemotransfusão (RR= 0,76, 95% IC 0,67-0,85) e ruptura



uterina (RR= 0,03, 95% IC 0,011-0,082), o risco foi menor nas gestantes submetidas à nova cesariana (36). Dois estudos observacionais estudaram parto vaginal após cesariana com taxa de sucesso de 74-80% (74) em um estudo e 72-76% no segundo estudo (75).

Comparando as mulheres com uma cesariana prévia que tiveram parto vaginal planejado e cesariana programada, independente da idade gestacional, a taxa de ruptura uterina (RA= 5,1 casos a menos por 1000 mulheres, submetidas a nova cesariana, 95% IC 2,3-11,2) e infecção pós-parto é baixa (RA= 14 casos a menos por 1000 mulheres submetidas a nova cesariana). O tempo de internação hospitalar é maior (diferença média de 1,37 dia a mais para aquelas submetidas a nova cesariana) e a necessidade de hemotransfusão é menor nas mulheres submetidas a nova cesariana (RR=0,795 95% IC 0,714-0,884) (36, 73) (qualidade de evidência LE2). Não houve diferença significativa nas taxas de histerectomia, necessidade de hemotransfusão, febre puerperal, lesão vesical e cirúrgica, naquelas que tiveram parto vaginal após duas ou mais cesarianas prévias comparado com parto vaginal (74, 75). Uma ou duas cesarianas prévias são situações que possibilitam trabalho de parto e parto vaginal, porém há risco de ruptura uterina e necessidade de hemotransfusão (73).

As complicações neonatais em mulheres com cesariana que entraram em trabalho de parto e evoluíram para cesariana intraparto são maiores do que aquelas com preferiram cesariana programada. Contudo, a prevalência dessas complicações é muito baixa. O risco de mortalidade perinatal para quem tentou parto vaginal e evoluiu para cesariana é de 2,9/1000 nascido vivos comparado a 1,8/1000 nascidos vivos para aquelas com fizeram novas cesarianas programadas, enquanto o risco absoluto neonatal é de 1,1/1000 e 0,6/1000 nascidos vivos, respectivamente. Necessidade de intubação por aspiração líquido meconial naqueles que tiveram cesariana após tentar parto vaginal enquanto houve mais taquipnéia transitória do recém-nascido nos RN de cesariana programada (76) (qualidade de evidência LE2).

Houve menos hipóxia isquêmica neonatal e mais admissões em UTI nos recém-nascidos de cesariana, em gestantes com cesariana prévia comparado com aquelas que tiveram parto vaginal (36).



Resumo das Evidências

Quatro grandes estudos avaliaram as repercussões de um parto vaginal comparado à cesariana programada em gestantes com cesariana prévia. Todos os estudos incluídos são observacionais com qualidade de evidência moderada a baixa. Os dados neonatais não foram incluídos na revisão sistemática do NICE e a qualidade de evidência dos estudos utilizados tanto do NICE quanto do CNGOF é muito baixa.

Considerações do grupo elaborador

O aconselhamento sobre a forma de nascimento em gestantes com cesariana prévia deve considerar: a) as preferências e prioridades da mulher; b) os riscos e benefícios de uma nova cesariana; e c) os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana de não planejada (de urgência). É importante informar às mulheres com três ou mais cesarianas que o risco de infecção, lesão vesical e traumatismo cirúrgico não varia no parto vaginal, porém há maior risco de ruptura uterina no parto vaginal. Os riscos de um parto vaginal após cesariana em geral são baixos, com uma boa taxa de sucesso. Deve ser informado à gestante com cesariana prévia e história de um parto vaginal que existe uma maior chance de evoluir para um parto vaginal do que aquelas que não tiveram um parto vaginal prévio.

Na diretriz inglesa (NICE), não há recomendação específica sobre o número total de cesarianas prévias compatíveis com uma prova de trabalho de parto, enquanto o Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia (CNGOF) recomenda cesariana para mulheres com três ou mais cesarianas anteriores. Na verdade, essas mulheres com três ou mais cesarianas são relativamente raras em nosso meio, uma vez que no Brasil é comumente realizada a ligadura tubária por ocasião da terceira cesárea. A opção por um parto vaginal nesses casos terá pouco impacto sobre a taxa global de cesarianas.

Todavia, o risco aumentado de ruptura uterina quando se realiza uma prova de trabalho de parto deve ser pesado contra o risco aumentado de hemorragia, histerectomia, lesão vesical e de alças intestinais quando se repete uma cesariana depois de múltiplas cesarianas. Desta forma, o grupo elaborador sugere que as mulheres sejam devidamente esclarecidas sobre o risco de ruptura uterina (em torno



de 1%) e suas consequências (inclusive histerectomia, morte fetal e encefalopatia hipóxico-isquêmica) e os riscos de uma nova cesariana e que a decisão em relação à via de nascimento considere o desejo e a autonomia feminina, obtendo-se um termo de consentimento pós-informação.

Recomendação:

O aconselhamento sobre a via de parto em gestantes com cesariana prévia deve considerar:

- **Preferências e prioridades da mulher**
- **Riscos e benefícios de uma nova cesariana**
- **Riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana de não planejada.**

As mulheres com três ou mais cesáreas anteriores devem ser esclarecidas de que há aumento do risco de ruptura uterina com o parto vaginal, porém esse risco deve ser pesado contra os riscos de se repetir o procedimento cirúrgico.

Trabalho de parto e parto vaginal em mulheres com cesariana prévia é recomendado na maioria das situações.

De maneira geral, a cesariana não é recomendada em mulheres com 3 ou mais cesarianas prévias, exceto em situação de óbito fetal.

O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior.

A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar é útil para informar a decisão sobre a via de parto em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias?

Deve-se oferecer às mulheres com operação cesariana prévia a realização de algum exame subsidiário antes da definição da via de parto?

Apesar de o peso do recém-nascido maior que 4000g diminuir a taxa de sucesso de um parto vaginal após cesariana, avaliação ultrassonográfica para estimar o



peso fetal é muito imprecisa. A taxa de falso-positivo para peso fetal maior que 4000g é de aproximadamente de 50%. A pelvimetria radiológica está associada a aumento na taxa de cesariana programada sem reduzir o risco de ruptura uterina, portanto, o método não é necessário para definir via de parto em gestantes com cesariana prévia (77) (qualidade de evidencia LE2).

Resumo das Evidências

Os estudos encontrados na revisão sistemática tem qualidade moderada a baixa.

Considerações

Como a taxa de falso-positivo do exame ultrassonográfico é alta e não há evidência do benefício da pelvimetria para mulheres com cesariana prévia, esses testes não devem ser solicitados para prever falha de progressão do trabalho de parto. Esta diretriz apresentará a seguir condições podem auxiliar na tomada de decisão quanto a forma de nascimento.

Recomendação:

A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar e a pelvimetria não são recomendadas de rotina em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias.

Condições que influenciam na decisão da via de parto em mulheres com cesariana prévia

Três situações estão fortemente relacionadas a um parto vaginal após cesariana prévia: História de parto vaginal prévio, especialmente se este ocorreu após uma cesariana prévia, score de Birshop favorável ou cérvix considerada favorável na admissão na sala de parto e trabalho de parto espontâneo (77) (qualidade de evidencia LE2).



Existem algumas situações que reduzem a taxa de sucesso de um parto vaginal após cesariana prévia. Falha de progressão do trabalho de parto, parada secundária da descida, história de duas cesarianas (apesar da taxa de parto vaginal após 2 cesarianas ser de 70%), idade materna maior que 40 anos, IMC maior que 30Kg/m², idade gestacional maior que 41 semanas e RN com mais de 4000g. Além disso, necessidade de indução de trabalho de parto diminui a taxa de parto vaginal em mulheres com cesariana anterior (77) (qualidade de evidência LE3).

Morbidade materna como diabetes, obesidade, idade materna e multiparidade podem reduzir as taxas de parto vaginal em gestantes com cesariana anterior, no entanto não contraindicam esta via de parto. A taxa de parto vaginal após cesariana antes de 37 semanas até o termo é semelhante e o risco de ruptura uterina é baixo (78). As repercussões neonatais são semelhantes comparando parto vaginal planejado e cesariana programada em gestantes com cesariana prévia com menos de 37 semanas (79). O risco de ruptura uterina aumenta quando o intervalo interpartal diminui em mulheres com cesariana prévia (78), porém não contraindica o parto vaginal subsequente se as condições obstétricas forem favoráveis.

Resumo das Evidências

Os estudos encontrados na revisão sistemática tem qualidade moderada a baixa.

Considerações

Devido à qualidade baixa dos estudos, a conduta do CNGOF relacionada ao intervalo interpartal para um parto vaginal após cesariana foi tomada a partir de consenso do grupo elaborador. Nosso grupo elaborador concorda que o intervalo interpartal não determina a possibilidade de um parto vaginal em mulheres com cesariana prévia. Monitorização fetal intermitente, uma equipe treinada capaz de detectar o risco de ruptura uterina e acesso imediato à cesariana na suspeita de ruptura uterina são condições que favorecem um parto seguro independente o intervalo interpartal.



Recomendação:

O trabalho de parto e parto vaginal em mulheres com cesariana prévia pode ser realizado mesmo quando esse intervalo é de menos de seis meses, se as condições obstétricas são favoráveis.

Qual deve ser o profissional preferencial para assistência ao trabalho de parto e parto de gestantes com uma cesariana prévia?

Qual o local onde se deve assistir ao trabalho de parto e parto de uma gestante com uma cesariana prévia?

Existe algum cuidado adicional ou peculiaridade na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de gestantes com uma cesariana prévia?

Devido ao risco de falha na progressão do trabalho de parto e de ruptura uterina, as gestantes com cesariana prévia que decidam pelo parto vaginal planejado não devem ter assistência ao parto realizada em domicílio ou casas de parto. As complicações relacionadas à assistência ao parto vaginal em mulheres com cesariana prévia requerem equipe cirúrgica contendo médico obstetra e anestesista preparados para realizar cesariana de emergência. Gestantes com placenta anterior, no local da cicatriz da cesariana, com risco de placenta de inserção baixa e suspeita de acretismo placentário, devem ser assistidas em ambiente hospitalar contendo UTI e devem ter disponíveis classificação sanguínea e hemoderivados caso necessário. (80)

É recomendado que o trabalho de parto seja conduzido pelo mesmo obstetra (exceto em casos de indisponibilidade ou troca de plantão). Todos os membros da equipe (enfermeiras obstétricas, obstetra e anestesista) devem manter-se alerta para os sinais de ruptura uterina. Deve ser aconselhado intervalo de um ano antes de nova gravidez.

Resumo das Evidências

Os estudos incluídos na revisão do CNGOF para estabelecer local de parto e cuidados relacionados às mulheres com cesariana prévia são de muito baixa qualidade.



Considerações

O grupo elaborador da diretriz francesa baseou o aconselhamento e os cuidados com gestantes de cesariana prévia na opinião de especialistas. Entende-se que o acesso imediato à cesariana deve estar disponível na suspeita de ruptura uterina, monitorização fetal intermitente é importante, e que obstetra e anestesista estejam presentes no local de assistência ao parto. Dependendo do contexto obstétrico, informações adicionais devem ser fornecidas à paciente, especialmente se o parto for induzido.

Recomendação

Para as gestantes que desejam um parto vaginal após cesariana é recomendada a monitorização fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à cesariana.

É recomendado que a assistência ao parto em gestantes com cesariana prévia seja em ambiente hospitalar.

A forma de nascimento deve ser discutida e escolhida no oitavo mês de gestação pela gestante, durante o pré-natal.

As mulheres devem ser aconselhadas sobre riscos e benefícios do parto vaginal e da cesariana programada após cesariana prévia. A forma de nascimento escolhida, parto vaginal planejado ou cesariana programada, deve ser registrada em prontuário médico, contendo os motivos que influenciaram na escolha da forma de nascimento, data e o nome do obstetra.

É recomendada a obtenção de um termo de consentimento pós-informação quer para um parto vaginal quer para uma cesárea programada na presença de uma ou mais cicatrizes de cesárea anterior.

Em mulheres com cesariana prévia, qual deve ser a técnica preferencial para indução de trabalho de parto?



Seis estudos observacionais avaliaram o risco do parto vaginal em mulheres com cesariana prévia. O maior estudo incluiu 35 854 mulheres na Escócia de 1985-98 com uma cesariana prévia que desejavam parto vaginal ou estavam com mais de 41 semanas de gestação. A taxa de parto vaginal foi de 74,2% e 0,35% de ruptura uterina. O risco de ruptura uterina foi maior naquelas sem parto vaginal prévio (OR ajustado=2,5 95% IC 1,6-3,9) e submetidas à indução com prostaglandina (PGE2) (OR=2,9, 95% IC 2,0-4,3). Um estudo multicêntrico prospectivo americano evidenciou que o parto vaginal era menos propenso em mulheres submetidas à indução tanto naquelas com cesariana quanto as sem cesariana prévia (65% vs. 51%, respectivamente) (81). A indução aumenta moderadamente o risco de cesariana não planejada e em duas vezes o risco de ruptura uterina comparado com trabalho de parto espontâneo(82)(qualidade de evidência LE2). A indução com ocitocina está associado a risco mínimo a moderado de ruptura uterina comparado ao parto espontâneo(82) (qualidade de evidência LE2).

Resumo das evidências:

Não foi encontrado nenhum ECR de boa qualidade para determinar qual melhor forma de indução em mulheres com cesariana prévia. Os estudos observacionais são de qualidade moderada. Não existem dados suficientes para avaliar risco de ruptura uterina e indução mecânica com balão no colo uterino.

Considerações do grupo elaborador:

A indução do parto em gestantes com cesariana prévia aumenta moderadamente o risco de ruptura uterina durante o trabalho de parto comparado ao trabalho de parto espontâneo. A indução eletiva deve ser evitada (LE4)(7), devendo ser considerada somente com indicações médicas específicas.

Nos casos de indução, uma história de parto vaginal prévio e exame cervical favorável são importantes fatores para influenciar na decisão de indução. A diretriz francesa não recomenda indução do parto na presença de duas ou mais cicatrizes de cesariana, porém não há menção a essa restrição no guideline do NICE.



O uso de ocitocina está associado a risco mínimo a moderado de ruptura uterina, mas a ocitocina pode ser utilizada com cautela se necessário. O trabalho de parto espontâneo com o mínimo de intervenções possível é ideal em gestantes com cesariana prévia. O NICE também menciona, de forma geral, que o uso de balão no colo (método mecânico de indução) pode ser indicado em gestantes com cesariana prévia, iniciando o processo de indução naquelas mulheres com Bishop desfavorável que desejam um parto vaginal. Nas duas diretrizes (NICE e CNGOF), o uso de misoprostol em gestantes com cesariana prévia não é recomendado por aumentar muito o risco de ruptura uterina.

Considerando as duas diretrizes, NICE (induction of labor) e CNGOF, sobre parto vaginal após cesariana prévia, o grupo elaborador desta diretriz sugere que o uso cauteloso de balão cervical ou ocitocina na indução dessas mulheres é viável para a realidade brasileira. Obstetras e anestesistas deverão estar sempre presentes no local de assistência ao parto.

Dependendo do contexto obstétrico, informações adicionais devem ser fornecidas à paciente, especialmente se o parto for induzido, obtendo-se o termo de consentimento pós-informação.

Recomendação:

É recomendado o uso prudente de balão cervical ou ocitocina para indução de trabalho de parto em gestantes com uma cesariana prévia, apenas se houver indicação médica, não se devendo realizar indução eletiva por conveniência do médico ou da gestante.

O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de cesárea anterior, independente do número de cesáreas prévias, não é recomendado.

Durante a indução do parto, a gestante com cesariana anterior deve ser monitorizada frequentemente, com acesso a monitorização fetal e à cesariana caso necessário.



CAPÍTULO 5 – CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)

A taxa de mortalidade infantil no Brasil está diminuindo nas últimas décadas (passou de 26,1 ,em 2000, para 15,3 nascidos vivos em 2011)(83) e avaliação do recém-nascido nas primeiras horas de vida tem implicações importantes neste contexto, sendo por vezes necessário intervenções no RN e internação em unidades de terapia intensiva. Avaliando o custo de uma gestação não planejada no Brasil, um estudo demonstrou que 70% dos gastos hospitalares na atenção ao parto são relacionados aos cuidados neonatais (84) evidenciando a importância dos cuidados com o recém-nascido. Este capítulo dedica-se a discutir os cuidados relacionados ao recém-nascido de mulheres submetidas à cesariana.

Um profissional de saúde treinado em reanimação neonatal deve estar presente na sala de parto para recepcionar o recém-nascido? Precisa ser o pediatra? Tipo de anestesia influencia em qual profissional deve estar presente?

Alguns estudos foram encontrados objetivando avaliar as repercussões da forma de nascimento para o recém-nascido (RN). Uma Coorte avaliando escore de Apgar nos RN de cesariana (com anestesia regional) e parto vaginal demonstrou que o risco do RN apresentar índice de Apgar menor que 4 no 1º minuto foi maior naqueles nascidos de cesariana (RR 3,04 95% IC 1,80- 5,13) (85) (qualidade de evidência 2b). Dois estudos descritivos avaliaram a necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana comparando com parto vaginal (86, 87). Não houve diferença na necessidade de reanimação neonatal comparando cesariana (1,8%) e parto vaginal (2,7%) considerando a apresentação cefálica e ausência de SFA (86). Ambos os estudos concluíram que não há necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação fetal e na ausência de sofrimento fetal(qualidade de evidência 3).

Um estudo observacional americano (n = 3940) analisou índice de Apgar no 1º e 5º minuto e a necessidade de reanimação neonatal com tipo de anestesia utilizada na cesariana, anestesia geral ou regional. A anestesia geral apresentou maior risco de



índice de Apgar menor que 7 (Apgar 1 min < 7 RR=3,13, 95% IC 2,5-3,88; Apgar 5 min < 7 RR=3,6, 95% IC 1,81-7,00) e maior necessidade de reanimação (RR=2,02 (1,39 -2,9) (qualidade de evidência 3)(88).

Resumo das evidências

Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa.

Considerações

Segundo as recomendações do NICE(5) que coincidem com as recomendações da Portaria 371 do Ministério da Saúde do Brasil(89), foi evidenciado que não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro é recomendada. O Ministério da saúde considera como capacitado em reanimação neonatal o profissional que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme orientação da norma técnica 16/2014 publicado pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde em 10/06/2014.

Recomendação:

É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal.



Algum cuidado especial em termos de proteção térmica ao recém-nascido através da operação cesariana?

Contato pele a pele precoce deve ser instituído?

Dois estudos descritivos foram encontrados relacionando cesariana e hipotermia neonatal (qualidade de evidência 3). O ambiente aquecido costuma fazer parte da rotina padrão para cuidados com o RN, independente da forma de nascimento. Um ECR demonstrou que os pais também podem manter a conservação da temperatura corporal aquecido de RN saudáveis (90) (qualidade de evidência 1b).

Uma revisão sistemática contendo 16 ECRs e 1 quase-randomizado (n=806), dois deles incluindo recém-nascidos de cesariana avaliou as repercussões do contato pele-a-pele no cuidado neonatal de RN saudáveis. De modo geral, houve maior taxa e duração de amamentação (OR=2,15, 95% IC 1,10-4,22), foi observado menos choro do RN (OR= 21,89, 95% IC 5,2 – 92,3) e tiveram maior índice de afetividade materna e aqueles que tiveram contato pele-a-pele precoce (91) (qualidade de evidência 1a). Um ERC contendo mulheres submetidas à cesariana mostrou que o contato pele-a-pele precoce (até 12 horas do parto) melhorou percepção materna do RN, teve efeitos positivos no comportamento materno e melhorou o desempenho das habilidades de maternagem (92)(qualidade de evidência 1b).

Resumo das evidências

Todos os estudos que avaliam o contato pele-a-pele e repercussões materno-fetais demonstraram os benefícios do contato precoce, no entanto de 12 ECRs tem uma qualidade metodológica baixa. Esses benefícios do contato precoce associados a relação de maternagem também são evidentes nas mulheres submetidas à cesariana.

Considerações

Assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo do RN saudável, com sua mãe é uma das recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), fortalecendo os laços maternos e favorecendo também o aquecimento do RN que tem tendência a hipotermia. É importante verificar a temperatura do ambiente que deverá



está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida (89).

Recomendação:

É recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido de cesariana.

O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido é recomendado e deve ser facilitado.

Na operação cesariana o clampeamento de cordão deve ser precoce ou oportuno (i.e. após dois minutos de nascimento ou parada de pulsação do cordão)?

Uma revisão contendo 531 recém-nascidos de 9 diferentes ECRs, demonstrou que os benefícios do clampeamento tardio do cordão incluem diminuição da anemia, melhora da perfusão pulmonar e melhores taxas amamentação. Policitemia, hiperviscosidade, hiperbilirrubinemia, taquipnéia transitória do recém-nascido e sensibilização em mãe RH negativa são consequências desfavoráveis que podem ocorrer com o clampeamento tardio do cordão(93). Um ECR realizado no Reino Unido (n=554) comparou clampeamento tardio e precoce em partos vaginais não observou diferença nos desfechos neonatais e maternos(94) (qualidade de evidência 1b). Dois estudos avaliaram a propensão à anemia e o clampeamento precoce ou tardio do cordão. O primeiro ECR (n=40) evidenciou que o clampeamento do cordão em 45 segundos reduziu a necessidade de transfusão sanguínea nas primeiras 6 semanas de vida do RN (RR= 3,33, 95% IC 1,07-10,03)(95), enquanto o outro ECR não mostrou diferença no hematócrito de criança nos dois grupos tardio e precoce(96). Ambos os estudos demonstraram que é possível realizar o clampeamento tardio do cordão em cesarianas.



Resumo das evidências

Estudos controlados randomizados e não randomizados foram incluídos em revisão para avaliar os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical. A qualidade metodológica dos estudos eram variáveis e poucos consistentes, no entanto pode se analisar os benefícios do clampeamento do cordão. Os estudos que avaliaram a propensão à anemia eram de pouco poder metodológico não sendo possível avaliar outros desfechos. Mais ensaios clínicos randomizados precisam ser realizados para determinar o efeito do clampeamento tardio do cordão no acompanhamento neonatal incluindo mães Rh negativo e nos casos de taquipnéia transitória do recém-nascido.

Considerações

Assim como o NICE, a portaria 371 do MS recomenda o clampeamento tardio do cordão umbilical independente da forma de nascimento. Como não há estudos consistentes com gestantes Rh negativos e casos de taquipnéia transitória do RN, este procedimento só é recomendado em RNs saudáveis, com tônus normal, função respiratória normal e na ausência de líquido meconial.

Recomendação:

É recomendado clampeamento tardio do cordão umbilical para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial.

Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV, o clampeamento deve ser imediato.

Nas operações cesarianas, suporte adicional deve ser garantido a fim de que a amamentação precoce possa ser iniciada tão logo possível (isto é, imediatamente após o parto ou dentro da primeira hora)?

A maioria das mulheres (70%) escolhem o tipo de nascimento que melhor favoreça a amamentação. Diversos estudos compararam aleitamento materno e tipo



de parto. Três ECRs mediram a taxa de amamentação comparando cesariana e parto vaginal (32, 97, 98). De maneira geral não houve diferença os grupos (RR= 0,94, 95%IC 0,89 –1,00) (qualidade de evidência 1a). Um estudo avaliou a taxa de amamentação após três meses do parto comparando parto vaginal e cesariana programada, não encontrando diferença significativa (Cesariana 68% vs. 70% no parto vaginal, RR=0,98 95% IC 0,92-1,05)(98) (qualidade de evidência 1b). Um estudo no Reino Unido evidenciou diferença no aleitamento materno de mulheres submetidas a parto vaginal (76%) e cesariana 39% (qualidade de evidência 2a). Seis estudos populacionais relevantes mostraram que as taxas de aleitamento materno inicial foram maiores no parto vaginal(99-103). Dois desses estudos que seguiram as pacientes entre 3 e 6 meses não mostrando diferença nas taxas de amamentação entre parto vaginal e cesariana (101, 102) (qualidade de evidência 2a).

Resumo das evidências

Estudos populacionais realizados em países como Inglaterra e China suportam que o parto vaginal está associado a maiores taxas de aleitamento materno. Alguns ERCs e coortes não mostraram diferença na taxa de amamentação e duração do aleitamento comparando parto vaginal e cesariana.

Considerações

O grupo elaborador desta diretriz entende que estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas, seguindo as determinações da portaria 371 do MS(89) é uma iniciativa que pode melhorar as taxas de aleitamento no Brasil. É importante postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se que a limitação de movimentos e os cuidados pós-cesariana podem retardar o contato da mãe com RN nas primeiras horas do parto sendo necessário apoio no aleitamento materno até a apojadura e saída do ambiente hospitalar.

**Recomendação:**

É recomendado suporte adicional para a mulher que foi submetida à cesariana para ajudá-las a iniciar o aleitamento materno tão logo após o parto.

Na ausência de outras indicações, a cesariana deve ser oferecida como método para a realização da ligadura tubária?

Esterilização definitiva e Cesariana

O planejamento familiar no Brasil para esterilização definitiva voluntária (laqueadura tubária ou vasectomia) segue legislação específica encontrada no § 4º art. 10, lei 9.263/96 – Constituição Federal Portaria nº 048/99 (82). Esta legislação permite a realização de esterilização definitiva nas seguintes situações: Maiores de 25 anos OU mais de 2 filhos vivos; com período de 60 dias entre manifestação da vontade e ato cirúrgico (termo de consentimento).

A realização de laqueadura tubária não pode ser realizada no momento do parto, exceto:

- Nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. *
- Risco de vida materno em uma futura gestação
- Risco de vida para o futuro neonato (isoimunização, doenças genéticas, etc)

O planejamento familiar deve ter acompanhamento por equipe multidisciplinar a fim de desencorajar a esterilização precoce e caso a mulher mantenha relação conjugal, o cônjuge deve também consentir a realização do procedimento.

Considerações:

A laqueadura tubária ainda é o método contraceptivo mais utilizado no Brasil e existe legislação que regulamenta sua realização. Portanto, o grupo elaborador sugere um aconselhamento contraceptivo adequado e multidisciplinar para diminuir o número de gestações não planejadas, sendo a laqueadura uma opção definitiva de contracepção que não deve ser motivo direto para realização da cesariana. Recomenda-se que as gestantes com duas ou mais cesarianas prévias que desejam e



preenham critérios legais para laqueadura realizem aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.

Recomendação:

A cesariana não é recomendada para realização de laqueadura tubária.



ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES

Esta diretriz será atualizada a cada 5 anos ou antes mediante a novas atualizações do guideline NICE-UK e CNGOF. No futuro, as recomendações incluídas nestas diretrizes poderão ser modificadas em decorrência do surgimento de novas evidências científicas. O Ministério da Saúde poderá receber novas perguntas de pesquisa a serem respondidas no período de atualização.



GLOSSÁRIO

A termo	É o período localizado entre 37 e 42 semanas da gestação. (http://www.febrasgo.org.br/site/?p=7703)
Aciclovir	Medicamento utilizado para o tratamento de doenças causadas por vírus Herpes Genital.
Acretismo placentário ou placenta acreta	Consiste na aderência anormal da placenta na parede uterina. A placenta fica grudada na parede do útero.
Acurácia	Capacidade de um teste diagnóstico em identificar de forma correta quando algum paciente possui a doença.
Amoxicilina-clavulonato	Medicamento antibiótico.
Ampicilina	Medicamento antibiótico.
Anteparto	Período da gestação que antecede o parto.
Antibioticoprofilaxia	Ato de fornecer antibiótico para prevenir uma infecção.
Anticorpo anti-HBc	Tipo de exame para diagnosticar Hepatite C.
Apojadura	É conhecida como a “Descida do leite” e costuma ocorrer a partir do terceiro dia após o parto.
Apresentação cefálica	Posição em que o bebê está “de cabeça para baixo” dentro do útero.
Apresentação pélvica	Posição em que o bebê está sentado dentro do útero.
Bolsa íntegra	Bolsa d’água quando ainda não rompeu.
Bolsa rota	Rompimento da bolsa d’água.
Bradycardia	Frequência de batimento cardíaco menor que o esperado. No caso do feto, menos de 100 batimentos por minuto.
Canal cervical	Canal do colo do útero que tem forma cilíndrica e promove a comunicação entre o útero e a vagina.
Canal de parto	Espaço de saída do feto no momento do nascimento. É constituído de uma parte óssea (pelve ou “bacia”) e uma parte mole (que compõe a vagina e a vulva).
Carga viral	É um exame que conta a quantidade de vírus presente em uma certa quantidade de sangue.
Cefalosporinas	Grupo de medicamentos antibióticos.



Cesariana prévia	Quando a mulher já foi submetida à cesariana anteriormente.
Choque cardiogênico	Incapacidade do coração bombear uma quantidade adequada de sangue para os órgãos, causando queda da pressão arterial, falta de oxigênio nos tecidos e acúmulo de líquidos nos pulmões. (http://www.tuasaude.com/choque-cardiogenico/)
Clampeamento	Momento do corte do cordão umbilical.
Co-infecção	Mais de uma infecção ao mesmo tempo.
Coorte	Tipo de estudo em que o investigador acompanha um grupo de indivíduos ao longo do tempo a fim de observar se há relação entre algum fator de risco e o desenvolvimento de uma doença.
Depressão puerperal	Tipo de depressão que afeta mulheres após terem dado a luz a um bebê.
Desenvolvimento Neuropsicomotor	Desenvolvimento do sistema nervoso, psicológico e da movimentação (andar, falar, sentar, etc.)
Desproporção céfalo-pélvica	Ocorre quando a cabeça do feto é maior que o espaço por onde ele deve passar na pelve da mãe.
Distócia	Distúrbio que impede a progressão do trabalho de parto.
Doulas	Mulheres durante o parto e leigas (mais comumente) que oferece apoio, conforto, estímulo e companhia à gestante durante o parto e nos cuidados com o bebê.
Embolia pulmonar	Obstrução de vasos nos pulmões por coágulos (trombos ou êmbolos) que provocam problema respiratório grave.
Encefalopatia isquêmica	Alteração neurológica incluindo distúrbios de consciência, alterações do tônus e dos reflexos e convulsões causada por falta de fluxo sanguíneo no cérebro.
Endometrite	Infecção no útero.
Score de Apgar	Escala de avaliação do bem-estar do bebê. Índice de Apgar acima de 7 é o ideal.
Score de Bishop	Avaliação do colo uterino através do toque vaginal que pode evidenciar a progressão do trabalho de parto e a chance de se ter um parto vaginal.
Esterilização	Provocar a infertilidade da mulher.
Exame ecográfico com Doppler	Ultrassonografia obstétrica. O Doppler avalia a função da placenta.



Falência renal aguda	É a perda súbita da capacidade de os rins filtrarem resíduos, sais e líquidos do sangue.
Fármacos	Medicamentos
Febre puerperal	Ocorrência de febre maior ou igual a 38°C que aparece após 24 horas do parto e nos primeiros dez dias após o parto.
Fetal	Tudo que diz respeito ao feto.
Gemelar	Diz respeito a gravidez de gêmeos.
HBV-DNA	Exame de DNA do vírus da hepatite B.
Hematócrito	É a percentagem de volume ocupada pelos glóbulos vermelhos ou hemácias no volume total de sangue.
Hematologista	Especialidade médica que estuda e trata as doenças do sangue.
Hemoderivados	Produtos derivados do sangue utilizados para transfusão de sangue.
Hemorragia intracraniana	É um derrame de sangue no interior do crânio.
Hemotransfusão	É a transferência de sangue ou hemoderivados para uma pessoa.
Hepatite B	Inflamação no fígado provocada por vírus B.
Hepatite C	Inflamação no fígado provocada por vírus C.
Herpes Vírus	Vírus que infecta a boca e/ou órgãos genitais provocando feridas.
Hiperbilirrubinemia	É uma concentração anormalmente alta de bilirrubina no sangue.
Hiperviscosidade	É o aumento da viscosidade do sangue.
Hipoglicemia	É um distúrbio provocado pela baixa concentração de glicose no sangue.
Hipotermia neonatal	Consiste na temperatura corporal do recém-nascido anormalmente baixa.
Hipóxia	Ocorre quando há diminuição de oxigênio nos tecidos orgânicos, sendo causada por diferentes fatores.
Histerectomia	Cirurgia de retirada do útero.
Infecção herpética genital	Herpes genital.



Infecção primária	Infecção que ocorreu pela primeira vez.
Isoimunização	Quando a mãe e o bebê tem sangue de tipo diferente, e se misturam no momento do parto. Isso provoca a formação de anticorpos (proteínas de defesa) contra o tipo de sangue diferente.
Isoimunizadas	Mulheres que tem anticorpos (proteínas de defesa) contra o tipo de sangue diferente do delas.
Laqueadura tubária	Consiste no método de esterilização feminina caracterizado pelo corte cirúrgico das tubas uterinas, que fazem o caminho dos ovários até o útero.
Lesão cervical	Trauma na região do colo do útero, na porção inferior do útero.
Lesão iatrogênica	Trauma, doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico.
Lesão vesical	Trauma na região da bexiga.
Ligadura/hemostasia	Maneira de coagular o sangue, ajuda na cicatrização de feridas.
Líquido meconial	Líquido amniótico (da bolsa d'água) misturado às primeiras fezes do feto ou recém-nascido.
Monocorionicidade	Diz respeito a presença de uma placenta par os dois fetos de uma gestação gemelar.
Morbidade	Em epidemiologia, significa a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento.
Morbidade crônica	Doença crônica
Morbidade respiratória	Desconforto respiratório, "falta de ar".
Morbimortalidade	Refere-se à incidência de doenças e/ou de óbitos numa população.
Mortalidade	Taxa epidemiológica para quantificar o número de óbitos ocorridos em relação ao número de habitantes.
Múltiparas	Mulheres que já tiveram mais de um parto.
Neonatal	Relativo a recém-nascido
Nulíparas	Mulheres que nunca tiveram parto.
Ocitocina	Hormônio sintético utilizado para induzir ou aumentar contrações do trabalho de parto.



Paralisia cerebral	Alteração no sistema nervoso que leva a dificuldade de falar, se movimentar, engolir, dentre outros problemas neurológicos.
Partofobia	Aversão ou medo extremo ao parto vaginal
Pelve ou Cavidade pélvica	Conhecida como “bacia”, é o espaço que contém os componentes abdominais, como a bexiga, órgãos genitais, ovários e útero, além dos ossos do quadril, sacro e cóccix. Faz parte do canal de parto.
Pelvimetria	Exame para medir a pelve (“bacia”) óssea da mulher, a parte óssea do canal de parto.
Perfusão pulmonar	Irrigação do sangue nos pulmões.
Perinatal	Compreende o período entre as 22 semanas completas de gestação e os 7 dias completos após o nascimento.
Perineal	Relativo ao períneo; região do corpo humano que, nas mulheres, começa abaixo da vulva e se estende até o ânus.
Placenta anterior	A placenta está voltada para a posição à frente da mulher.
Placenta prévia centro-parcial	A placenta recobre parcialmente o canal de parto
Placenta prévia centro-total	A placenta recobre totalmente o canal de parto.
Placenta Prévia ou Placenta de inserção baixa	A placenta está posicionada a baixo da localização do feto. A placenta se apresenta primeiro no canal de parto do que o feto..
Policitemia	Aumento de glóbulos vermelhos no sangue.
Pós-cesariana segmentar	Após cesariana.
Pré-eclâmpsia	Caracterizada por pressão arterial elevada, acompanhada pela eliminação de proteínas pela urina (proteinúria) ou de retenção de líquidos (edema), que ocorre entre a 20ª semana de gravidez e o final da primeira semana depois do parto.
Prematuridade	Relativo a um recém-nascido prematuro ou pré-termo; ou seja, aquele nascido antes das 37 semanas de gravidez.
Pré-termo	Parto ou nascimento que ocorre antes das 37 semanas de gravidez.
Primíparas	Mulheres quando têm seu primeiro parto.
Profilático	Preventivo



Profilaxia antibiótica	Antibiótico para prevenir uma infecção.
Puerperal	O estado puerperal é o período compreendido entre a expulsão da placenta até os 42 dias após o parto.
Pulsação do cordão	O cordão umbilical tem vasos sanguíneos que se pode sentir a pulsação e medir sua frequência. Então, essa é a pulsação que se sente no cordão.
Reprodução assistida	Área da ginecologia em que ajuda casais inférteis a ter filhos de maneira artificial, com medicação e procedimentos como inseminação e fertilização in vitro, vulgarmente conhecido como “bebê de proveta”.
Ruptura uterina	Condição patológica em que o útero se rompe.
Sítio cirúrgico	Espaço próprio para a realização de cirurgias;
Soropositivas	Mulheres infectadas com o vírus HIV.
Soroprevalência	Prevalência do teste positivo para algum vírus ou bactéria no sangue.
Sutura	Técnica utilizada para fechar uma abertura cirúrgica ou lesão, ligando ou unindo pele, músculos, vasos sanguíneos e outros tecidos do corpo com pontos cirúrgicos.
Taquipnéia transitória	Desconforto respiratório transitório, intermitente.
Tecido adiposo	Camada do corpo formada pelas células de gordura.
Tecido subcutâneo	Tecido gorduroso abaixo da pele.
Terapia antirretroviral	Medicação para tratamento de vírus (no texto para o HIV).
Tônus	Tensão elástica, sente-se leve contração.
Tração controlada do cordão	Segurar o cordão umbilical com um pouco de tensão.
Transmissão vertical	Transmissão de uma doença infecciosa da mãe para o filho durante a gravidez, no momento do parto e/ou por meio do aleitamento materno.
Traumatismo cirúrgico	Trauma físico provocado por um procedimento cirúrgico.
Trombose venosa profunda	Obstrução de uma veia da perna ou braço que impede a circulação de sangue no local.
Vasectomia	Técnica cirúrgica para esterilização dos homens.

**Versão cefálica externa**

Manobra realizada sobre o abdome materno para virar o feto que está atravessado no útero ou sentado, de forma a posicioná-lo com a cabeça para baixo, a posição ideal para o parto.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MS/SVS/DASIS - Dados de 2012. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos %u2013 SINASC e SIP/ANS. 2013.
2. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from: <http://www.g-i-n.net>. 2009.
3. WHO Statement on Caesarean Section Rates. 2015.
4. Souza JP, Cecatti JG, Faundes A, Morais SS, Villar J, Carroli G, et al. Maternal near miss and maternal death in the World Health Organization's 2005 global survey on maternal and perinatal health. Bulletin of the World Health Organization. 2010 Feb;88(2):113-9. PubMed PMID: 20428368. Pubmed Central PMCID: PMC2814475. Epub 2010/04/30. eng.
5. NICE. Caesarean section. 2011:www.nice.org.uk/guidance/CG55. London - UK.
6. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna S, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L for the AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Can Med Assoc J. Dec 2010; 182:E839-842; doi:10.1503/090449. 2010.
7. Sentilhes L, Vayssiere C, Beucher G, Deneux-Tharaux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 2013 Sep;170(1):25-32. PubMed PMID: 23810846. Epub 2013/07/03. eng.
8. Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. The Cochrane database of systematic reviews. 2000 (4):CD002869. PubMed PMID: 11034780. Epub 2000/10/18. eng.
9. O' Cathain A, Walters SJ, Nicholl JP, Thomas KJ, Kirkham M. Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice. BMJ (Clinical research ed). 2002 Mar 16;324(7338):643. PubMed PMID: 11895822. Pubmed Central PMCID: PMC84396. Epub 2002/03/16. eng.
10. Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. Obstetrics and gynecology. 2006 Sep;108(3 Pt 1):541-8. PubMed PMID: 16946213. Epub 2006/09/02. eng.
11. Joseph KS, Liu S, Rouleau J, Kirby RS, Kramer MS, Sauve R, et al. Severe maternal morbidity in Canada, 2003 to 2007: surveillance using routine hospitalization data and ICD-10CA codes. Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC. 2010 Sep;32(9):837-46. PubMed PMID: 21050516. Epub 2010/11/06. eng.



12. Dahlgren LS, von Dadelszen P, Christilaw J, Janssen PA, Lisonkova S, Marquette GP, et al. Caesarean section on maternal request: risks and benefits in healthy nulliparous women and their infants. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*. 2009 Sep;31(9):808-17. PubMed PMID: 19941705. Epub 2009/11/28. eng.
13. Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Maternal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *American journal of perinatology*. 2010 Oct;27(9):675-83. PubMed PMID: 20235001. Epub 2010/03/18. eng.
14. Schindl M, Birner P, Reingrabner M, Joura E, Husslein P, Langer M. Elective cesarean section vs. spontaneous delivery: a comparative study of birth experience. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2003 Sep;82(9):834-40. PubMed PMID: 12911445. Epub 2003/08/13. eng.
15. Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 2010 Apr;30(4):258-64. PubMed PMID: 19812591. Epub 2009/10/09. eng.
16. Homer CS, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Planned vaginal delivery or planned caesarean delivery in women with extreme obesity. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2011 Mar;118(4):480-7. PubMed PMID: 21244616. Epub 2011/01/20. eng.
17. Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2001 (4):CD000184. PubMed PMID: 11687071. Epub 2001/11/01. eng.
18. Van Veelen AJ, Van Cappellen AW, Flu PK, Straub MJ, Wallenburg HC. Effect of external cephalic version in late pregnancy on presentation at delivery: a randomized controlled trial. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1989 Aug;96(8):916-21. PubMed PMID: 2673337. Epub 1989/08/01. eng.
19. Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2000 (2):CD000084. PubMed PMID: 10796123. Epub 2000/05/05. eng.
20. Lau TK, Lo KW, Rogers M. Pregnancy outcome after successful external cephalic version for breech presentation at term. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1997 Jan;176(1 Pt 1):218-23. PubMed PMID: 9024118. Epub 1997/01/01. eng.
21. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2003 (3):CD000166. PubMed PMID: 12917886. Epub 2003/08/15. eng.
22. Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. An enquiry into the quality of care



and its effect on the survival of babies born at 27-28 weeks. Project 27/28. London: TSO. 2003.

23. Thomas J PS. RCOG Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. . 2001. London-UK.

24. Rydhstrom H, Ingemarsson I. A case-control study of the effects of birth by caesarean section on intrapartum and neonatal mortality among twins weighing 1500-2499 g. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1991 Mar;98(3):249-53. PubMed PMID: 2021562. Epub 1991/03/01. eng.

25. Sheay W, Ananth CV, Kinzler WL. Perinatal mortality in first- and second-born twins in the United States. *Obstetrics and gynecology*. 2004 Jan;103(1):63-70. PubMed PMID: 14704246. Epub 2004/01/06. eng.

26. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Birth order, gestational age, and risk of delivery related perinatal death in twins: retrospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2002 Nov 2;325(7371):1004. PubMed PMID: 12411358. Pubmed Central PMCID: PMC131015. Epub 2002/11/02. eng.

27. Crowther CA. Caesarean delivery for the second twin. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2000 (2):CD000047. PubMed PMID: 10796103. Epub 2000/05/05. eng.

28. Rabinovici J, Barkai G, Reichman B, Serr DM, Mashiach S. Randomized management of the second nonvertex twin: vaginal delivery or cesarean section. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1987 Jan;156(1):52-6. PubMed PMID: 3799768. Epub 1987/01/01. eng.

29. Chasen ST, Madden A, Chervenak FA. Cesarean delivery of twins and neonatal respiratory disorders. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1999 Nov;181(5 Pt 1):1052-6. PubMed PMID: 10561617. Epub 1999/11/16. eng.

30. Jain A, Fleming P. Project 27/28. An enquiry into the quality of care and its effect on the survival of babies born at 27-28 weeks. *Archives of disease in childhood Fetal and neonatal edition*. 2004 Jan;89(1):F14-6. PubMed PMID: 14711846. Pubmed Central PMCID: PMC1721629. Epub 2004/01/09. eng.

31. Murphy DJ, Sellers S, MacKenzie IZ, Yudkin PL, Johnson AM. Case-control study of antenatal and intrapartum risk factors for cerebral palsy in very preterm singleton babies. *Lancet*. 1995 Dec 2;346(8988):1449-54. PubMed PMID: 7490990. Epub 1995/12/02. eng.

32. Wallace RL, Schifrin BS, Paul RH. The delivery route for very-low-birth-weight infants. A preliminary report of a randomized, prospective study. *The Journal of reproductive medicine*. 1984 Oct;29(10):736-40. PubMed PMID: 6512783. Epub 1984/10/01. eng.

33. Kinzler WL, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The effects of labor on infant mortality among small-for-gestational-age infants in the USA. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal*



Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2002 Sep;12(3):201-6. PubMed PMID: 12530619. Epub 2003/01/18. eng.

34. Levy BT, Dawson JD, Toth PP, Bowdler N. Predictors of neonatal resuscitation, low Apgar scores, and umbilical artery pH among growth-restricted neonates. *Obstetrics and gynecology*. 1998 Jun;91(6):909-16. PubMed PMID: 9610995. Epub 1998/06/04. eng.

35. Westgren M, Dolfin T, Halperin M, Milligan J, Shennan A, Svenningsen NW, et al. Mode of delivery in the low birth weight fetus. Delivery by cesarean section independent of fetal lie versus vaginal delivery in vertex presentation. A study with long-term follow-up. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 1985;64(1):51-7. PubMed PMID: 3976377. Epub 1985/01/01. eng.

36. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence report/technology assessment. 2010 Mar(191):1-397. PubMed PMID: 20629481. Epub 2010/07/16. eng.

37. Warshak CR, Eskander R, Hull AD, Scioscia AL, Mattrey RF, Benirschke K, et al. Accuracy of ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta. *Obstetrics and gynecology*. 2006 Sep;108(3 Pt 1):573-81. PubMed PMID: 16946217. Epub 2006/09/02. eng.

38. Twickler DM, Lucas MJ, Balis AB, Santos-Ramos R, Martin L, Malone S, et al. Color flow mapping for myometrial invasion in women with a prior cesarean delivery. *The Journal of maternal-fetal medicine*. 2000 Nov-Dec;9(6):330-5. PubMed PMID: 11243289. Epub 2001/03/13. eng.

39. Shih JC, Palacios Jaraquemada JM, Su YN, Shyu MK, Lin CH, Lin SY, et al. Role of three-dimensional power Doppler in the antenatal diagnosis of placenta accreta: comparison with gray-scale and color Doppler techniques. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2009 Feb;33(2):193-203. PubMed PMID: 19173239. Epub 2009/01/29. eng.

40. Masselli G, Brunelli R, Casciani E, Poletini E, Piccioni MG, Anceschi M, et al. Magnetic resonance imaging in the evaluation of placental adhesive disorders: correlation with color Doppler ultrasound. *European radiology*. 2008 Jun;18(6):1292-9. PubMed PMID: 18239921. Epub 2008/02/02. eng.

41. Bronsteen R, Valice R, Lee W, Blackwell S, Balasubramaniam M, Comstock C. Effect of a low-lying placenta on delivery outcome. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*. 2009 Feb;33(2):204-8. PubMed PMID: 19173234. Epub 2009/01/29. eng.

42. Wong HS, Hutton J, Zuccollo J, Tait J, Pringle KC. The maternal outcome in placenta accreta: the significance of antenatal diagnosis and non-separation of



placenta at delivery. The New Zealand medical journal. 2008 Jul 4;121(1277):30-8. PubMed PMID: 18677328. Epub 2008/08/05. eng.

43. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, Saenz CC, Kelly TF, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. Obstetrics and gynecology. 2010 Jan;115(1):65-9. PubMed PMID: 20027036. Epub 2009/12/23. eng.

44. Hanzal E, Kainz C, Hoffmann G, Deutinger J. An analysis of the prediction of cephalopelvic disproportion. Archives of gynecology and obstetrics. 1993;253(4):161-6. PubMed PMID: 8161249. Epub 1993/01/01. eng.

45. Gorman RE, Noble A, Andrews CM. The relationship between shoe size and mode of delivery. Midwifery today and childbirth education. 1997 Spring(41):70-1. PubMed PMID: 9136429. Epub 1997/04/01. eng.

46. Pattinson RC FE-ME. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term. The Cochrane database of systematic reviews. 2001;<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=pelvimetry&lang=pt>.

47. Boer K, England K, Godfried MH, Thorne C. Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: changing practices in Western Europe. HIV medicine. 2010 Jul 1;11(6):368-78. PubMed PMID: 20059573. Pubmed Central PMCID: PMC3428890. Epub 2010/01/12. eng.

48. Islam S, Oon V, Thomas P. Outcome of pregnancy in HIV-positive women planned for vaginal delivery under effective antiretroviral therapy. Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology. 2010 Jan;30(1):38-40. PubMed PMID: 20121502. Epub 2010/02/04. eng.

49. Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de Ruiter A, Lyall H, Tookey PA. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. AIDS (London, England). 2008 May 11;22(8):973-81. PubMed PMID: 18453857. Epub 2008/05/06. eng.

50. Warszawski J, Tubiana R, Le Chenadec J, Blanche S, Teglas JP, Dollfus C, et al. Mother-to-child HIV transmission despite antiretroviral therapy in the ANRS French Perinatal Cohort. AIDS (London, England). 2008 Jan 11;22(2):289-99. PubMed PMID: 18097232. Epub 2007/12/22. eng.

51. Ministério da Saúde. Estudo de prevalência de base populacional das infecções pelos vírus das hepatites A, B e C nas capitais do Brasil.

. 2010. p. 27-36.

52. Lee SD TY, Wu TC, Lo KJ, Wu JC, Yang ZC. Role of caesareansection in prevention of mother-infant transmission of hepatitis B virus. Lancet. 1998:833-4.

53. Gibb DM, Goodall RL, Dunn DT, Healy M, Neave P, Cafferkey M, et al. Mother-to-child transmission of hepatitis C virus: evidence for preventable peripartum



transmission. *Lancet*. 2000 Sep 9;356(9233):904-7. PubMed PMID: 11036896. Epub 2000/10/19. eng.

54. Clemens SAC FC. Soroprevalência de anticorpos contra vírus herpes simples 1-2 no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44(4).

55. Nahmias AJ, Josey WE, Naib ZM, Freeman MG, Fernandez RJ, Wheeler JH. Perinatal risk associated with maternal genital herpes simplex virus infection. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1971 Jul 15;110(6):825-37. PubMed PMID: 4327295. Epub 1971/07/15. eng.

56. Brown ZA, Benedetti J, Ashley R, Burchett S, Selke S, Berry S, et al. Neonatal herpes simplex virus infection in relation to asymptomatic maternal infection at the time of labor. *The New England journal of medicine*. 1991 May 2;324(18):1247-52. PubMed PMID: 1849612. Epub 1991/05/02. eng.

57. Scott LL, Sanchez PJ, Jackson GL, Zeray F, Wendel GD, Jr. Acyclovir suppression to prevent cesarean delivery after first-episode genital herpes. *Obstetrics and gynecology*. 1996 Jan;87(1):69-73. PubMed PMID: 8532270. Epub 1996/01/01. eng.

58. Brocklehurst P, Kinghorn G, Carney O, Helsen K, Ross E, Ellis E, et al. A randomised placebo controlled trial of suppressive acyclovir in late pregnancy in women with recurrent genital herpes infection. *British journal of obstetrics and gynaecology*. 1998 Mar;105(3):275-80. PubMed PMID: 9532986. Epub 1998/04/09. eng.

59. Braig S, Luton D, Sibony O, Edlinger C, Boissinot C, Blot P, et al. Acyclovir prophylaxis in late pregnancy prevents recurrent genital herpes and viral shedding. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 2001 May;96(1):55-8. PubMed PMID: 11311761. Epub 2001/04/20. eng.

60. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth (Berkeley, Calif)*. 2000 Dec;27(4):256-63. PubMed PMID: 11251511. Epub 2001/03/17. eng.

61. Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2002 Jun;109(6):618-23. PubMed PMID: 12118637. Epub 2002/07/18. eng.

62. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics and gynecology*. 1999 Nov;94(5 Pt 1):679-82. PubMed PMID: 10546709. Epub 1999/11/05. eng.

63. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2007;86(4):451-6. PubMed PMID: 17486467. Epub 2007/05/09. eng.

64. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *British journal of*



obstetrics and gynaecology. 1995 Feb;102(2):101-6. PubMed PMID: 7756199. Epub 1995/02/01. eng.

65. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000 Oct 21;356(9239):1375-83. PubMed PMID: 11052579. Epub 2000/10/29. eng.

66. Chaim W, Bashiri A, Bar-David J, Shoham-Vardi I, Mazor M. Prevalence and clinical significance of postpartum endometritis and wound infection. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*. 2000;8(2):77-82. PubMed PMID: 10805361. Pubmed Central PMCID: PMC1784665. Epub 2000/05/11. eng.

67. Hebert PR, Reed G, Entman SS, Mitchel EF, Jr., Berg C, Griffin MR. Serious maternal morbidity after childbirth: prolonged hospital stays and readmissions. *Obstetrics and gynecology*. 1999 Dec;94(6):942-7. PubMed PMID: 10576180. Epub 1999/11/27. eng.

68. Smaill F, Hofmeyr GJ. Antibiotic prophylaxis for cesarean section. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2002 (3):CD000933. PubMed PMID: 12137614. Epub 2002/07/26. eng.

69. Hopkins L SF. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001 (12).

70. Wilkinson CS EM. Manual removal of placenta at caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003 (12).

71. Allaire AD, Fisch J, McMahan MJ. Subcutaneous drain vs. suture in obese women undergoing cesarean delivery. A prospective, randomized trial. *The Journal of reproductive medicine*. 2000 Apr;45(4):327-31. PubMed PMID: 10804490. Epub 2000/05/11. eng.

72. Cetin A, Cetin M. Superficial wound disruption after cesarean delivery: effect of the depth and closure of subcutaneous tissue. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 1997 Apr;57(1):17-21. PubMed PMID: 9175664. Epub 1997/04/01. eng.

73. Beucher G, Dolley P, Levy-Thissier S, Florian A, Dreyfus M. [Maternal benefits and risks of trial of labor versus elective repeat caesarean delivery in women with a previous caesarean delivery]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):708-26. PubMed PMID: 23159201. Epub 2012/11/20. Benefices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne. fre.

74. Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2010 Mar;117(4):422-7. PubMed PMID: 20374579. Epub 2010/04/09. eng.



75. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2010 Jan;117(1):5-19. PubMed PMID: 19781046. Epub 2009/09/29. eng.
76. Lopez E, Patkai J, El Ayoubi M, Jarreau PH. [Benefits and harms to the newborn of maternal attempt at trial of labor after prior caesarean versus elective repeat caesarean delivery]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):727-34. PubMed PMID: 23141133. Epub 2012/11/13. Benefices et risques neonataux de la tentative de voie basse comparee a la cesarienne programmee en cas d'antecedent de cesarienne. fre.
77. Haumonte JB, Raylet M, Sabiani L, Franke O, Bretelle F, Boubli L, et al. [Predictive factors for vaginal birth after cesarean section]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):735-52. PubMed PMID: 23142356. Epub 2012/11/13. Quels facteurs influencent la voie d'accouchement en cas de tentative de voie basse sur uterus cicatriciel ? fre.
78. Kayem G, Raiffort C, Legardeur H, Gavard L, Mandelbrot L, Girard G. [Specific particularities of uterine scars and their impact on the risk of uterine rupture in case of trial of labor]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):753-71. PubMed PMID: 23142359. Epub 2012/11/13. Criteres d'acceptation de la voie vaginale selon les caracteristiques de la cicatrice uterine. fre.
79. Schmitz T. [Particular maternal or fetal clinical conditions influencing the choice of the mode of delivery in case of previous cesarean]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):772-81. PubMed PMID: 23131716. Epub 2012/11/08. Situations cliniques particulieres, maternelles ou foetales, influencant le choix du mode d'accouchement en cas d'antecedent de cesarienne. fre.
80. Gallot D, Delabaere A, Desvignes F, Vago C, Accoceberry M, Lemery D. [Information and facilities recommendations concerning trial of labour in the context of scarred womb]. *Journal de gynecologie, obstetrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):782-7. PubMed PMID: 23141131. Epub 2012/11/13. Quelles sont les recommandations d'organisation et d'information en cas de proposition de tentative de voie basse pour uterus cicatriciel ? fre.
81. Smith GC, Pell JP, Pasupathy D, Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004 Aug 14;329(7462):375. PubMed PMID: 15262772. Pubmed Central PMCID: PMC509342. Epub 2004/07/21. eng.
82. Deruelle P, Lepage J, Depret S, Clouqueur E. [Induction of labor and intrapartum management for women with uterine scar]. *Journal de gynecologie, obstetrique et*



biologie de la reproduction. 2012 Dec;41(8):788-802. PubMed PMID: 23142358. Epub 2012/11/13. Mode de declenchement du travail et conduite du travail en cas d'uterus cicatriciel. fre.

83. MS/SVS/DASIS - 2012. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. SINASC. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm>. Acesso: 08/04/2015.

84. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *International journal of women's health*. 2014;6:663-70. PubMed PMID: 25075201. Pubmed Central PMCID: PMC4106956. Epub 2014/07/31. eng.

85. Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1995 Aug;149(8):862-7. PubMed PMID: 7633538. Epub 1995/08/01. eng.

86. Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.

87. Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? *Obstetrics and gynecology*. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.

88. Ong BY, Cohen MM, Palahniuk RJ. Anesthesia for cesarean section--effects on neonates. *Anesthesia and analgesia*. 1989 Mar;68(3):270-5. PubMed PMID: 2919765. Epub 1989/03/01. eng.

89. Ministério da Saúde do Brasil, Portaria 371. 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.

90. Christensson K. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 1996 Nov;85(11):1354-60. PubMed PMID: 8955466. Epub 1996/11/01. eng.

91. Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2003 (2):CD003519. PubMed PMID: 12804473. Epub 2003/06/14. eng.

92. McClellan MS, Cabianga WA. Effects of early mother-infant contact following cesarean birth. *Obstetrics and gynecology*. 1980 Jul;56(1):52-5. PubMed PMID: 7383488. Epub 1980/07/01. eng.

93. Mercer JS. Current best evidence: a review of the literature on umbilical cord clamping. *Journal of midwifery & women's health*. 2001 Nov-Dec;46(6):402-14. PubMed PMID: 11783688. Epub 2002/01/11. eng.

94. A study of the relationship between the delivery to cord clamping interval and the time of cord separation. Oxford Midwives Research Group. *Midwifery*. 1991 Dec;7(4):167-76. PubMed PMID: 1779870. Epub 1991/12/01. eng.



95. Rabe H, Wacker A, Hulskamp G, Hornig-Franz I, Schulze-Everding A, Harms E, et al. A randomised controlled trial of delayed cord clamping in very low birth weight preterm infants. *European journal of pediatrics*. 2000 Oct;159(10):775-7. PubMed PMID: 11039135. Epub 2000/10/20. eng.
96. McDonnell M, Henderson-Smart DJ. Delayed umbilical cord clamping in preterm infants: a feasibility study. *Journal of paediatrics and child health*. 1997 Aug;33(4):308-10. PubMed PMID: 9323618. Epub 1997/08/01. eng.
97. Lumley J, Lester A, Renou P, Wood C. A failed RCT to determine the best method of delivery for very low birth weight infants. *Controlled clinical trials*. 1985 Jun;6(2):120-7. PubMed PMID: 4006485. Epub 1985/06/01. eng.
98. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Jama*. 2002 Apr 10;287(14):1822-31. PubMed PMID: 11939868. Epub 2002/04/10. eng.
99. Samuels SE, Margen S, Schoen EJ. Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population. *The American journal of clinical nutrition*. 1985 Sep;42(3):504-10. PubMed PMID: 4036850. Epub 1985/09/01. eng.
100. Vestermark V, Hogdall CK, Birch M, Plenov G, Toftager-Larsen K. Influence of the mode of delivery on initiation of breast-feeding. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990;38:33-8.
101. Bruce NG, Khan Z, Olsen ND. Hospital and other influences on the uptake and maintenance of breast feeding: the development of infant feeding policy in a district. *Public health*. 1991 Sep;105(5):357-68. PubMed PMID: 1754659. Epub 1991/09/01. eng.
102. Ever-Hadani P, Seidman DS, Manor O, Harlap S. Breast feeding in Israel: maternal factors associated with choice and duration. *Journal of epidemiology and community health*. 1994 Jun;48(3):281-5. PubMed PMID: 8051528. Pubmed Central PMCID: PMC1059960. Epub 1994/06/01. eng.
103. Leung GM, Ho LM, Lam TH. Breastfeeding rates in Hong Kong: a comparison of the 1987 and 1997 birth cohorts. *Birth (Berkeley, Calif)*. 2002 Sep;29(3):162-8. PubMed PMID: 12153646. Epub 2002/08/03. eng.
104. BRASIL. § 4º art. 10, Lei n. 9263, de 12 de janeiro de 1996. Constituição Federal Portaria nº 048/99. Dispõe sobre planejamento familiar e esterilização voluntária. Portal da Legislação: Leis Ordinárias. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm



APÊNDICE 1 – MEMBROS DO GRUPO ELABORADOR E DO GRUPO CONSULTIVO

Grupo Elaborador

João Paulo Dias de Souza

Professor Associado do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Giordana Campos Braga

Médica ginecologista obstétrica, doutoranda em Tocoginecologia na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Melania Maria Ramos de Amorim

Professora Adjunta da Universidade Federal de Campina Grande (PB) e Professora da Pós-graduação do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP - Recife/PE)

Sérgio Tadeu Martins Marba

Professor Livre Docente do Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP e da Divisão de Neonatologia Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pionotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP).



Grupo Consultivo

Alexandre Medeiro de Figueiredo	SGETS/RC – Ministério da Saúde
Monica Duraes	SGETS/RC – Ministério da Saúde
Aline Silveira Silva	Ministério da Saúde / SCTIE / DGITS
Ana Lúcia	Artemis
Ana Carolina de Freitas Lopes	Ministério da Saúde / SCTIE / DGITS
Angela Maria Alvarez	Associação Brasileira de Enfermagem
Antonio Jorge Salomão	Associação Médica Brasileira
Ávila Teixeira Vidal	Ministério da Saúde / SCTIE / DGITS
Betânia I. Leite	Ministério da Saúde / SCTIE / DECIT
Camilla Schnek	UFRGS
Carlos Vital	Conselho Federal de Medicina
Clarice Alegre Petramale	CONITEC – Ministério da Saúde
Daphne Rattner	REHUNA
Dayane Gabriele Silveira	Ministério da Saúde / SCTIE / DECIT
Débora Delage	Parto do Princípio
Eduardo Chacora	Coordenação Geral de Saúde do Adulto
Eduardo Vaz/ Renato Procianoy /Ricardo Halben	Sociedade Brasileira de Pediatria
Etelvino Trindade	FEBRASGO
Fernando Zanghelini	Ministério da Saúde / SCTIE / DAF
Heider Aurelio	Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde
João Batista Marinho de Castro Lima	Apoiador Matricial – Coordenação Geral de Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde
Juan Cortez	DASIS/SVS – Ministério da Saúde
Kleyde Ventura	ABENFO
Luciana Rodriguez Teixeira De Carvalho	GEAP
Marcos Dias	Instituto Fernandes Figueiras – Fiocruz



Maria Angela Diana	ANVISA
Maria do Carmo	DAE/CGHOSP – DAHU – Ministério da Saúde
Maria do Carmo Leal	Fiocruz
Maria do Espírito Santo	Conselho Nacional de Saúde
Maria do Patrocinio	Ministério da Saúde
Maria Esther de Albuquerque Vilela	Coordenação Geral de Saúde das Mulheres – Ministério da Saúde
Maria Helena Bastos	Apoiador Matricial – Coordenação Geral de Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde
Maria Inez Pordeus Gadelha	Ministério da Saúde / SAS / DAHU
Maria Regina Torloni	Cochrane Brasil
Nathan Mendes	DECIT – Ministério da Saúde
Oscar Suriel	OPAS
Oswaldo Albuquerque Sousa Filho	Conselho Federal de Enfermagem-COFEN
Paulo Borem	Unimed
Paulo V. Bonilha Almeida	Coordenação Geral de Saúde das Crianças e Aleitamento Materno – Ministério da Saúde
Roberto D'avila	Conselho Federal de Medicina
Rodolfo Pacgnella	Unicamp
Rurany Ester Silva	Secretaria Especial de Saúde das Mulheres
Sérgio Hecker Luz	Febrasgo
Sonia Lansky	Apoiador Matricial – Coordenação Geral de Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde
Teófilo Rodrigues	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Thereza de Lamare	Coordenação de Saúde do Adolescente
Valdecy Herdy	ABENFO
Vania Cristina Canuto Santos	Ministério da Saúde / SCTIE / DGITS
Vera Queiroz Sampaio de Souza	FenaSaúde



APÊNDICE 2 - DIRETRIZES INCLUÍDAS E EXCLUÍDAS NA BUSCA SISTEMÁTICA.

Diretrizes Incluídas:

NICE/Caesarean section

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg132/resources/guidance-caesarean-section-pdf>

Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810846>.

Diretrizes Excluídas:

Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG)

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery>

Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery da Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetrícia (SOGC)

<http://sogc.org/guidelines/guidelines-for-vaginal-birth-after-previous-caesarean-birth-replaces-147-july-2004/>

Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery da Sociedade Australiana de Ginecologia e Obstetrícia

http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_vbac5-1.pdf

Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery – ACOG

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>



Caesarean delivery on maternal request- ACOG

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Cesarean-Delivery-on-Maternal-Request>

South Australian guideline – Caesarean section

http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/49ceed004ee1e678aeb1afd150ce4f37/Caesarean+section+PPG_June2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=49ceed004e1e678aeb1afd150ce4f37

Projeto Diretrizes do Brasil – 2002

http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/032.pdf



APÊNDICE 3 - RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM O INSTRUMENTO AGREE II

Diretriz avaliada	Pontuação	Recomenda a utilização da diretriz?
NICE -UK	83%	Sim, com modificações específicas
Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF)	72%	Sim, com modificações específicas
VBAC AGOC	44%	Não
VBAC SOGC	44%	Não
VBAC Australian	39%	Não
Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery - ACOG	33%	Não
Caesarean delivery on maternal request- ACOG	33%	Não
South Australiana guideline – Caesarean section	33%	Não
Projeto Diretrizes do Brasil - 2002	17%	Não

*NICE-The National Institute for Health and Care Excellence / United Kingdom Department of Health, publicado em 2011 e atualizado em 2013.

ACOG – Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia

VBAC- Parto Vaginal após Cesariana

SOGC – Sociedade Canadense de Ginecologia e Obstetrícia



APÊNDICE 4 – QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E NÃO RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ

Capítulo 1 - Cuidado centrado na mulher

Como estas informações devem ser oferecidas? (por exemplo: através de grupos? Individual?)

Capítulo 2 - Cesariana programada

Existe algum ponto de corte em termos de peso estimado por ecografia para oferecer a operação cesariana à gestante?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com lesões sugestivas de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV)?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo B?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com circular de cordão?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com feto morto?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com oligohidrâmnio?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com polihidrâmnio?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com mais de 35 anos de idade?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com doença mental?



Capítulo 3 - Operação cesariana a pedido

No caso de operação cesariana à pedido, a mulher deve aguardar entrar em trabalho de parto para a sua realização?

A operação cesariana deve ser oferecida a mulheres que não apresentem justificativas clínicas ou demanda espontânea para este tipo de parto?

Em uma situação de vazio assistencial, a operação cesariana deve ser oferecida como uma opção mais segura que o parto normal? A operação cesariana deve ser utilizada como uma maneira de facilitar a organização dos serviços de saúde?

Capítulo 6 – Estratégias para redução da taxa de cesariana no Brasil

(Este Capítulo relaciona-se a implementação da diretriz)

O uso de auditoria e devolução com pactuação de metas é recomendado para a redução das taxas de cesariana em serviços de saúde?

Existe alguma ferramenta que possa auxiliar gestores a determinar de forma customizada qual seria uma taxa de cesariana de referência para serviços de saúde?

O monitoramento das taxas de cesariana em populações estratégicas (por exemplo, as primíparas e mulheres com cesariana prévia) é recomendado para a redução das taxas de cesariana em serviços de saúde?

O uso da classificação de Robson é recomendado para a redução das taxas de cesariana em serviços de saúde?

Quais são os indicadores de processo sensíveis para monitorar a redução da taxa de CS?

Quais são as práticas clínicas e não clínicas efetivas e potencialmente efetivas para reduzir cesarianas?

- Acompanhante do parto
- Versão cefálica externa
- Segunda opinião
- Educação continuado e simulações

Indução de TP



Uso de protocolos clínicos para VBAC

Mudança do modelo de assistência ao parto (Público e privado)

Para redução das taxas de cesariana, deve ser estimulado o emprego de equipes transdisciplinares na assistência ao trabalho de parto e parto? (incluindo obstetriz/enfermeira obstétrica, obstetra, pediatra, fisioterapeuta, doula)

A realização do pré-natal e parto com o mesmo médico está associado ao aumento das taxas de CS? A utilização de plantões obstétricos, com equipes compostas por médicos e enfermeiras obstétricas/obstetrizes está associado a melhores resultados maternos e neonatais, incluindo a redução da taxa de CS? A utilização de plantões obstétricos, com equipes compostas somente por médicos, está associado a melhores resultados maternos e neonatais, incluindo a redução da taxa de CS? O modelo de remuneração por procedimento está associado ao aumento das taxas de CS? O pagamento por desembolso direto ao profissional está associado ao aumento das taxas de CS? O modelo de pagamento por desempenho está associado a redução das taxas de CS? O modelo de pagamento por salário fixo mensal está associado a redução da taxa de CS?

A ANS deve pactuar de taxas de cesariana de referência com os convênios e seguros de saúde?



APÊNDICE 5 - QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ

Capítulo 1 - Cuidado centrado na mulher

As gestantes devem receber informações baseadas em evidência e apoio para que realizem decisões informadas sobre o parto?

Quem deve oferecer estas informações?

Qual o conteúdo e formato destas informações?

Deve ser obtido um consentimento informado? Quem deve obter o consentimento informado? Em que momento o consentimento informado deve ser obtido?

Quais informações devem ser discutidas com a mulher na obtenção do consentimento informado?

Capítulo 2 - Cesariana programada

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestação única e feto em apresentação pélvica? O que deve preceder este oferecimento? Em que momento deve ser realizada?

A versão cefálica externa deve ser oferecida para mulheres com gestação única e feto em apresentação pélvica antes da operação cesariana? Onde a versão cefálica externa deve ser realizada? Em que momento deve ser realizada?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestações gemelares não complicadas, cujo primeiro feto está em apresentação cefálica?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres com gestações gemelares não complicadas, cujo primeiro feto está em apresentação não cefálica?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres em trabalhos de parto pré-termo sem outras complicações maternas ou fetais?



Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para gestantes com fetos pequenos para a idade gestacional?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres cujos fetos têm placentas centro-total ou centro-parcial?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres cujos fetos têm placentas baixas (não centro-totais ou centro-parciais)?

Para mulheres com placenta baixa entre 32 e 34 semanas de gestação e antecedente de cesariana prévia, um exame ecográfico com Doppler deve ser oferecido para o diagnóstico de acretismo placentário?

Em mulheres em que foi possível estabelecer o diagnóstico anteparto de acretismo placentário, deve ser oferecido encaminhamento para um centro de referência? Realização de Ressonância Nuclear Magnética (RNM) deve ser oferecida nestes casos?

Quais são as intervenções disponíveis para mulheres com acretismo placentário?

Como fazer o diagnóstico da desproporção céfalo-pélvica? A pelvimetria clínica deve ser utilizada para prever a ocorrência de falha de progressão de trabalho de parto? A pelvimetria clínica deve ser utilizada no processo de decisão quanto à via de parto?

O tamanho do pé, a altura materna, e estimativas de tamanho fetal (ecográficas ou clínicas) devem ser utilizadas para prever a ocorrência de falha de progressão de trabalho de parto?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus HIV para prevenir a transmissão vertical? Em que circunstâncias esta operação deve ser oferecida para evitar a transmissão vertical?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus da hepatite B para prevenir a transmissão vertical?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres vivendo com uma infecção pelo vírus da hepatite C para prevenir a transmissão vertical?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção primária ativa do vírus da Herpes simples (HSV) durante o terceiro



trimestre da gestação? A operação cesariana deve ser oferecida a mulheres com infecção ativa recorrente do vírus da Herpes simples?

Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para gestantes obesas? Existe algum valor de índice de massa corporal a partir do qual a cesariana deva ser oferecida?

Capítulo 3 - Operação cesariana a pedido

Como aconselhar uma mulher que solicita a operação cesariana? Qual o conteúdo que deve ser discutido? (utilizar o fact-sheet sobre operação cesariana)

Se a razão apresentada para a solicitação da operação cesariana é ansiedade em relação ao parto ou partofobia, a mulher deve ser encaminhada para avaliação e suporte psicológico?

Quais são as possíveis linhas de cuidado para tratamento da ansiedade relacionada ao parto e a partofobia? Os grupos de gestante podem contribuir para o tratamento da ansiedade relacionada ao parto e a partofobia?

Se mesmo após o aconselhamento a mulher mantém a solicitação de operação cesariana para o parto, uma segunda opinião médica deve ser obtida?

No caso de operação cesariana a pedido, existe uma idade gestacional mínima para a sua realização?

Quais intervenções devem ser realizadas para reduzir a ocorrência de infecção operatória na cesariana?

Capítulo 4 – Parto vaginal com cesariana prévia

A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com uma cesariana prévia?

A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com duas ou mais cesarianas prévias?

As mulheres com duas ou mais cesarianas prévias podem ter um parto vaginal subsequente?



A operação cesariana deve ser realizada em mulheres com uma ou mais operações cesarianas prévias e que solicitem nova operação cesariana?

Como proceder caso uma mulher com CS prévia solicite uma nova CS?

A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar é útil para informar a decisão sobre a via de parto em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias?

Deve-se oferecer às mulheres com operação cesariana prévia a realização de algum exame subsidiário antes da definição da via de parto?

O intervalo interpartal é útil para informar a decisão sobre a via de parto em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias?

Existe um número máximo de cesarianas prévias que seja compatível com parto vaginal seguro?

Qual deve ser o profissional preferencial para assistência ao trabalho de parto e parto de gestantes com uma cesariana prévia?

Qual o local onde se deve assistir ao trabalho de parto e parto de uma gestante com uma cesariana prévia?

Existe algum cuidado adicional ou peculiaridade na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de gestantes com uma cesariana prévia?

Em mulheres com cesariana prévia, qual deve ser a técnica preferencial para indução de trabalho de parto?

Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana)

Um profissional de saúde treinado em reanimação neonatal deve estar presente na sala de parto para recepcionar o recém-nascido? Precisa ser o pediatra? Tipo de anestesia influencia em qual profissional deve estar presente?

Algum cuidado especial em termos de proteção térmica ao recém-nascido através da operação cesariana?

Contato pele a pele precoce deve ser instituído?



Na operação cesariana o clampeamento de cordão deve ser precoce ou oportuno (i.e. após dois minutos de nascimento ou parada de pulsação do cordão)?

Nas operações cesarianas, suporte adicional deve ser garantido a fim de que a amamentação precoce possa ser iniciada tão logo possível (isto é, imediatamente após o parto ou dentro da primeira hora)?

Capítulo 6 - Estratégias para redução da taxa de cesariana no Brasil

Na ausência de outras indicações, a cesariana deve ser oferecida como método para a realização da ligadura tubária?