

Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana

Nº 179
Março/2016



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.

Estas recomendações representam a visão do Ministério da Saúde do Brasil, a qual foi obtida após uma avaliação cuidadosa das evidências científicas disponíveis, recomendações internacionais e contribuições aportadas durante o processo de elaboração e consulta pública. Espera-se que os profissionais de saúde considerem plenamente estas recomendações no exercício de seu julgamento clínico. Entretanto, estas recomendações não substituem a capacidade dos profissionais de saúde ou os isentam da responsabilidade de tomar decisões apropriadas considerando as circunstâncias individuais da mulher e em consulta com a mulher.

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 dispondo sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Essa 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 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 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 DAS DIRETRIZES

Nas últimas décadas, o Brasil vivenciou uma mudança no padrão de nascimento, as operações cesarianas tornaram-se o modo de nascimento mais comum, chegando a 56,7% de todos os nascimentos ocorridos no país (85% nos serviços privados, 40% nos serviços públicos). Deve-se ressaltar que, quando realizada sob indicações médicas, a operação cesariana é uma cirurgia segura e essencial para a saúde materna e infantil. Entretanto, quando realizada sem uma justificativa pode agregar riscos desnecessários sem que haja um benefício claro.

Diante desse quadro, 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: parto normal**. Esses documentos em conjunto visam a orientar as mulheres brasileiras, os profissionais de saúde e os gestores, nos âmbitos público ou privado, sobre importantes questões relacionadas às vias de parto, suas indicações e condutas, baseadas 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 de defesa dos direitos 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** foram então encaminhadas para consulta pública, recebendo valiosas contribuições de toda a sociedade.

CONSULTA PÚBLICA

Um total de 3.541 pessoas aportaram contribuições sobre diferentes aspectos e recomendações do documento proposto, incluindo 2218 profissionais de saúde e 1323 pessoas leigas e usuários dos serviços de saúde. Todas as recomendações foram lidas e submetidas à análise temática. As contribuições foram agrupadas por tema, recomendação e conteúdo da contribuição. Os quadros abaixo sumarizam os principais temas abordados pelos participantes da consulta pública.

O grupo elaborador deu consideração plena aos aportes recebidos e buscou aperfeiçoar as presentes diretrizes de acordo com as contribuições recebidas. É interessante ressaltar que parte substancial das sugestões de modificação ocorreu em áreas onde o grau de evidência era considerado baixo.

A versão revisada após consulta pública, das **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana**, foi então encaminhada para revisão externa e novamente apresentada para o grupo consultivo. Após as últimas modificações solicitadas pelos revisores externos e grupo consultivo, a versão final das diretrizes foi aprovada pela CONITEC/MS e está aqui apresentada.

Quadro: Principais temas abordados pelos profissionais de saúde

Tema

Pediatra para recepcionar o recém-nascido de cesariana
--

Local do parto vaginal após cesariana

Cesariana a pedido

Versão cefálica externa

Parto pélvico vaginal



Quadro: Principais temas abordados pelos usuários dos serviços de saúde

Temas

Procedimento cesariana deve ser realizado somente em casos necessários, com indicações claras e baseadas em evidência

Direito de a gestante optar por cesariana

Oposição à cesariana a pedido

Melhorar a comunicação e informação sobre o parto e o nascimento para as mulheres

Incentivo às ações de estímulo ao parto normal/natural

Necessidade do profissional pediatra na sala de parto

Discordância sobre a recomendação da apresentação pélvica do bebê ser uma indicação absoluta para cesariana

Discordância quanto a recomendação do parto normal após cesariana precisar se assistido em ambiente hospitalar

Necessidade de atualização da busca das evidências científicas

Necessidade de atualização dos médicos ginecologistas obstetras

Apoio ao parto domiciliar

DELIBERAÇÃO FINAL

Aos 06 (seis) dias do mês de agosto de 2015, reuniu-se a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – CONITEC, regulamentada pelo Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que, na presença dos membros, deliberou por unanimidade recomendar a aprovação das Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.

De acordo com decisão do Plenário do Conselho Nacional de Saúde, os seus representantes na CONITEC participam das discussões em pauta, entretanto não votam nas matérias que são deliberadas pela Comissão.

Foi assinado o Registro de Deliberação nº 141/2015.



DECISÃO

PORTARIA Nº 306, DE 28 DE MARÇO DE 2016

Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre a operação cesariana no Brasil e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ela submetidas;

considerando que os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação;

considerando o Registro de Deliberação nº 141, de 06 de agosto de 2015, da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana, e o respectivo Relatório de Deliberação nº 179, de outubro de 2015; e

considerando a avaliação técnica do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS/MS), resolve:

Art. 1º - Ficam aprovadas, na forma do Anexo, disponível no sítio: www.saude.gov.br/sas, as "Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana".

Parágrafo único - As diretrizes de que trata este artigo, que contêm as recomendações para a operação cesariana, são de caráter nacional e devem utilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes.



Art. 2º - É obrigatória a cientificação da gestante, ou de seu responsável legal, dos potenciais riscos e eventos adversos relacionados ao procedimento cirúrgico ou uso de medicamentos para a operação cesariana.

Art. 3º - Os gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento das gestantes em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

Art. 4º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALBERTO BELTRAME

Publicado no DOU nº 59, Seção 1, pág. 58, de 29/03/2016.



Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana

Ministério da Saúde

Brasília, Outubro de 2015



SUMÁRIO

RESUMO EXECUTIVO	12
INTRODUÇÃO	18
ESCOPO E OBJETIVOS	21
PÚBLICO-ALVO	22
MÉTODOS	22
CAPÍTULO 1 – CUIDADO CENTRADO NA MULHER	28
CAPÍTULO 2 – CESARIANA PROGRAMADA	32
CAPÍTULO 3 – PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA	54
CAPÍTULO 4 – CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)	68
CAPÍTULO 5 – LIGADURA TUBÁRIA E CESARIANA	76
ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES	78
CONFLITO DE INTERESSE	78
GLOSSÁRIO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
APÊNDICE 1 – MEMBROS DO GRUPO CONSULTIVO, GRUPO ELABORADOR E REVISÃO EXTERNA	94
APÊNDICE 2 - DIRETRIZES INCLUÍDAS E EXCLUÍDAS NA BUSCA SISTEMÁTICA.....	98
APÊNDICE 3 - RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE COM O INSTRUMENTO AGREE II.	100
APÊNDICE 4 – QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E NÃO RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ	101
APÊNDICE 5 - QUESTÕES INCLUÍDAS NO ESCOPO E RESPONDIDAS POR ESTA DIRETRIZ	104



RESUMO EXECUTIVO

O momento do nascimento suscita questões sobre o processo do parto e via de parto, autonomia da gestante na escolha do modo de nascimento e estratégias de saúde envolvidas para redução de morbidade e mortalidade materna e infantil. A taxa de cesariana no Brasil situa-se em torno de 56%, com ampla variação entre os serviços públicos e privados. Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Considerando as características da nossa população, que apresenta entre outros distintivos um elevado número de operações cesarianas anteriores, a taxa de referência ajustada para a população brasileira gerada a partir do instrumento desenvolvido para este fim pela OMS estaria ao redor de 25-30%.

Como as indicações de cesariana têm despertado divergência de opiniões no país, propõem-se esta diretriz para orientar profissionais de saúde e a população em geral sobre as melhores práticas relacionadas ao tema baseadas nas evidências científicas existentes.

Por iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil, e contando com a participação de um grande grupo consultivo, 72 questões sobre cesariana foram discutidas e elaboradas com a finalidade de nortear esta diretriz. Utilizando uma metodologia de adaptação de diretrizes clínicas (ADAPTE), um conjunto de diretrizes sobre cesarianas foi avaliado do ponto de vista metodológico (AGREE II) e duas diretrizes foram selecionadas para adaptação ao contexto brasileiro: 1) *Caesarean Section*, elaborada pelo NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence / United Kingdom Department of Health*, publicada em 2011 e atualizada em 2013) e 2) a diretriz de assistência ao parto para mulheres com cesarianas prévias do Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras (publicada em 2013). As evidências científicas relevantes a cada pergunta ou conjunto de perguntas foram resumidas e classificadas. As recomendações dessas 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 *Caesarean section* (NICE, 2013) e *Delivery for women with a previous caesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians* (CNGOF, 2013). As recomendações para direcionamento de conduta sobre cesariana no Brasil estão no quadro a seguir.



RECOMENDAÇÕES		QUALIDADE DA EVIDÊNCIA
CUIDADO CENTRADO NA MULHER		
Oferta de Informações	É recomendado fornecer informações para as gestantes durante a atenção pré-natal, parto e puerpério baseadas em evidências atualizadas, de boa qualidade, apontando benefícios e riscos sobre as formas de parto e nascimento, incluindo a gestante no processo de decisão.	BAIXA
Termo de Consentimento	É recomendada a obtenção de um termo de consentimento livre e esclarecido de todas as mulheres que serão submetidas à cesariana programada. Quando a decisão pela cesariana programada for tomada, é recomendado o registro dos fatores que influenciaram na decisão e, quando possível, qual deles é o mais influente.	MUITO BAIXA
CESARIANA PROGRAMADA		
Apresentação Pélvica	Em apresentação pélvica, e na ausência de contraindicações*, a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. A versão cefálica externa deve ser ofertada às mulheres e realizada por profissional experiente com esta manobra, em ambiente hospitalar. As contraindicações para a versão cefálica externa podem incluir o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e inexperiência do profissional. Em situações nas quais a versão cefálica externa estiver contraindicada*, não puder ser praticada ou não tiver sucesso, a cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica. A cesariana programada por apresentação pélvica é recomendada a partir de 39 semanas de idade gestacional. Sugere-se aguardar o início do trabalho de parto. Na situação de a mulher decidir por um parto pélvico vaginal, é recomendado que seja informada sobre o maior risco de morbidade e mortalidade perinatal e neonatal e que a assistência seja realizada	ALTA



	por profissionais experientes na assistência ao parto pélvico, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem ao parto pélvico. *Contraindicações para a versão cefálica externa podem incluir o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e inexperiência do profissional.	
Gestação múltipla	Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, é recomendado que a decisão pelo modo de nascimento seja individualizada considerando as preferências e prioridades da mulher, as características da gestação gemelar (principalmente corionicidade), os riscos e benefícios de operação cesariana e do parto vaginal de gêmeares, incluindo o risco de uma cesariana de urgência/emergência antes ou após o nascimento do primeiro gemelar. No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada.	BAIXA
Nascimentos pré-termo	Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento no trabalho de parto pré-termo em apresentação cefálica.	BAIXA
Fetos pequenos para a idade gestacional	Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento em fetos pequenos para idade gestacional.	BAIXA
Placenta prévia	A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas centro-total ou centro-parcial.	BAIXA
Acretismo placentário	Em gestantes com placenta prévia é recomendada a realização de um exame ultrassonográfico com Doppler entre 28 e 32 semanas de idade gestacional, ou antes, se possível, para investigação de acretismo placentário. É recomendado que as gestantes com diagnóstico ultrassonográfico de acretismo placentário recebam atenção especializada em serviços de referência. Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a cesariana. Nas situações de suspeita de placenta increta e/ou percreta, é recomendado programar a cesariana entre 34 e 36 semanas. No momento do procedimento, é recomendada a presença de dois	BAIXA BAIXA/MUITO BAIXA



	obstetras experientes, anestesista e pediatra para o procedimento, bem como equipe cirúrgica de retaguarda. É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemoderivados para eventual necessidade durante o procedimento. O serviço de referência deve assegurar condições de suporte para pacientes em estado grave.	
Preditores da progressão do trabalho de parto	A utilização de pelvimetria clínica não é recomendada para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto ou definir a forma de nascimento. A utilização de dados antropométricos maternos (por exemplo, a altura materna ou tamanho do pé) não são recomendados para prever a falha de progressão do trabalho de parto.	ALTA BAIXA
HIV	Para gestantes em uso de antirretroviral e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo a via de parto vaginal é indicada. Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes, da 20ª semana). A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas. Caso a gestante com indicação para a cesárea eletiva, inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após 3 horas de infusão. Sempre que possível proceder ao parto empêlico (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras). Não realizar ordenha do cordão umbilical, ligando -o imediatamente após a retirada do RN. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede	ALTA



	abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno. Utilizar antibiótico profilático , tanto na cesárea eletiva quanto naquela de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina, após o clampeamento do cordão.	
Hepatite B	A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite B.	MODERADA
Hepatite C	A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da 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.	MODERADA BAIXA
Herpes vírus (HSV)	A cesariana é recomendada em mulheres que tenham apresentado infecção primária do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação. A cesariana é recomendada em mulheres com infecção ativa (primária ou recorrente) do vírus do Herpes simples no momento do parto.	MUITO BAIXA
Obesidade	A cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento de fetos de mulheres obesas.	MODERADA
Profilaxia de infecção na cesariana	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. Durante a cesariana, é recomendada a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir o risco de endometrite.	BAIXA ALTA
PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA		
Assistência à mulher com cesariana prévia	É recomendado um aconselhamento sobre o modo de nascimento em gestantes com cesariana prévia que considere: as preferências e prioridades da mulher, os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana não planejada.	BAIXA



	É recomendado que as mulheres com cesarianas prévias sejam esclarecidas de que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia. Este risco é, a princípio, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas prévias. Na ausência de outras contraindicações, é recomendado encorajar as mulheres com uma cesariana prévia a tentativa de parto vaginal, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. É recomendado que a conduta em relação ao modo de nascimento de fetos de mulheres com duas cesarianas prévias seja individualizada considerando os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após duas cesarianas, incluindo o risco aumentado de rotura uterina e de cesariana adicional não planejada, e as preferências e prioridades da mulher, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem ao parto vaginal após duas cesarianas. Os profissionais e instituições de saúde devem ter resguardada sua autonomia em relação à aceitação ou não da assistência ao parto vaginal após duas cesarianas. A cesariana é recomendada em mulheres com três ou mais cesarianas prévias. O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina longitudinal de cesariana anterior.	BAIXA
	A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar e pelvimetria não são recomendadas de rotina em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias.	BAIXA E MODERADA
	Em mulheres com cesariana prévia e intervalo interpartal inferior a 15 meses (ou intergestacional inferior a seis meses), é recomendado individualizar a conduta relativa ao modo de nascimento.	BAIXA
	Para as gestantes que desejam um parto vaginal (espontâneo ou induzido) após cesariana é recomendada a monitorização materno-fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à cesariana.	BAIXA
	Em mulheres com cesariana prévia e indicação para indução de	MODERADA E



	trabalho de parto, é recomendado o uso de balão cervical ou ocitocina. O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de cesariana prévia, independente do número de cesáreas, não é recomendado.	BAIXA
CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)		
	Quando o nascimento ocorrer por operação cesariana, é recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em reanimação neonatal. Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra em nascimentos por operação cesariana, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal.	Portaria SAS/MS 371 de 07/05/14 e NT 16/2014 de 10/06/2014
Cuidado do recém-nascido	É recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido de cesariana.	BAIXA
	O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser assegurado e facilitado.	ALTA
	É recomendado clampeamento tardio do cordão umbilical para o RN a termo e pré 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.	ALTA
	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.	ALTA
Ligadura tubária		
Ligadura tubária	É recomendado que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária.	Lei 9.263/96



INTRODUÇÃO

O Brasil vive uma epidemia de operações cesarianas, com aproximadamente 1,6 milhão de cesarianas realizadas a cada ano. Nas últimas décadas a taxa nacional de operações cesarianas tem aumentado progressivamente e a cesariana tornou-se o modo mais comum de nascimento em nosso país. A taxa de operação cesariana no Brasil está ao redor de 56%, 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. Entretanto, a operação cesariana é frequentemente utilizada de forma desnecessária, sem razões médicas que possam justificar as altas taxas observadas em nosso meio. É importante salientar que o conjunto de evidências científicas que abordam a operação cesariana programada em relação com a tentativa de parto vaginal é de baixa qualidade, não permitindo afirmar com clareza benefícios e riscos para mulheres que não precisem dela.

Deve-se considerar que embora as complicações maternas graves associadas à operação cesariana sejam muito pouco frequentes, quando esse procedimento é realizado centenas de milhares de vezes ao ano, observa-se um número expressivo de complicações cirúrgicas graves (2, 3). Juntamente com as questões sociais, estruturais e biomédicas que determinam a mortalidade materna em nosso país, acredita-se que as complicações maternas graves decorrentes da operação cesariana possam ser um fator contribuinte adicional para a atenuação da velocidade de redução da mortalidade materna no Brasil, (2-5). Do ponto de vista neonatal, principalmente pela realização de operações cesarianas desnecessárias em mulheres com idade gestacional ao redor da 37ª semana (peritérmo), o procedimento passa a ser um fator contribuinte para a prematuridade tardia iatrogênica, da ocorrência de desconforto respiratório neonatal e internação em unidades de terapia intensiva neonatal (4). Mas, além dos seus efeitos na morbidade e mortalidade materna e neonatal, a operação cesariana pode interferir na vinculação mãe e bebê, no aleitamento materno e no futuro



reprodutivo da mulher além de possíveis repercussões de longo prazo na saúde da criança (6).

Da mesma forma que a operação cesariana possui implicações complexas, são também complexas as causas do uso excessivo da operação cesariana no Brasil. Essas causas incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada em nosso país (ainda bastante centrada na atuação individual dos profissionais em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe), as características socioculturais, a qualidade dos serviços que assistem aos nascimentos e as características da assistência pré-natal, que comumente deixa de preparar adequadamente as mulheres para o parto e nascimento.

Estudos recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugerem que taxas populacionais de cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal (7). Entretanto, em que pese o fato de que taxas de cesariana tão baixas quanto 9% a 16% sejam possíveis e seguras em determinadas populações (8), o mesmo pode não ser verdadeiro em populações com características diferentes. Deve-se salientar que diversos fatores podem influenciar a taxa de cesarianas fazendo com que taxas mais baixas possam não ser factíveis em um prazo curto. Alguns desses fatores são individuais (por exemplo, as características demográficas, clínicas e obstétricas das mulheres), outros são de ordem estrutural ou sistêmica (por exemplo, o modelo de atenção obstétrica), e há aqueles possivelmente mais subjetivos, como as preferências dos profissionais de saúde e das mulheres. Considerando que as características individuais das mulheres e da gestação podem influenciar de maneira independente a taxa de cesariana (por exemplo, paridade, cesariana prévia, apresentação fetal, modo de início do trabalho de parto entre outras características), a OMS desenvolveu uma ferramenta para gerar uma referência adaptada às características da população obstétrica (9). Essa ferramenta foi desenvolvida e validada com mais de 10 milhões de nascimentos em 43 países (incluindo o Brasil). A aplicação desse modelo aos dados da Pesquisa Nascido no Brasil (10) possibilita a identificação de uma taxa que poderia ser considerada como de referência para a população brasileira, situando-se entre 25 e 30%.

Entretanto, como o perfil demográfico, obstétrico e de complicações dos serviços de saúde pode variar, mais importante do que buscar uma taxa específica, os maiores esforços devem ser direcionados para assegurar que as mulheres que realmente necessitem da cesariana a recebam de maneira segura e oportuna. Neste



sentido, 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 trabalhos para elaboração destas diretrizes iniciaram-se com a criação de um grupo consultivo e um grupo elaborador (Apêndice 1). Esses grupos 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 convidadas 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. 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. Questões como a técnica cirúrgica ou anestésica, ou o manejo de outras situações específicas não foram priorizadas pelo grupo consultivo e assim não foram incluídas no escopo deste documento. Durante o desenvolvimento das diretrizes e, particularmente após a consulta pública, percebeu-se que havia maior necessidade de reflexão e amadurecimento sobre possíveis recomendações relativas a realização de operações cesarianas a pedido. Considerando a base de evidências disponíveis, as contribuições recebidas durante a consulta pública e as possíveis implicações para os serviços de saúde, o grupo consultivo optou por retirar das presentes diretrizes recomendações sobre a cesariana a pedido. Nos meses que se seguirem ao lançamento das presentes diretrizes, esforços serão realizados para aprofundar o entendimento sobre a abordagem mais apropriada para a solicitação de operações cesarianas por parte das mulheres, ao mesmo tempo em que se desenvolvem as demais recomendações que foram selecionadas no escopo mas não incluídas nas presentes diretrizes.

Esta diretriz tem como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação a algumas práticas 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. Não foram abordadas nestas diretrizes situações em que a cesariana ocorre no cuidado intraparto, de urgência, ou em gestantes com comorbidades cujas indicações do procedimento podem variar de acordo com a patologia específica (por exemplo, pré-eclâmpsia, diabetes, lúpus). As questões propostas foram distribuídas em capítulos acerca dos cuidados à mulher e ao recém-nascido, à cesariana programada e o parto vaginal após uma cesariana prévia.

PÚBLICO-ALVO

As “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” estão diretamente relacionadas ao modo 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), obstetrizes, pediatras, anestesistas, dentre outros), essas diretrizes pretendem constituir-se em referencial para 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 em consenso incluindo os profissionais de saúde e os representantes da sociedade civil. Outros países e organizações já passaram por esse 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 e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS



(CONITEC) do Ministério da Saúde do Brasil optaram por adaptar diretrizes recentes, informadas por evidência e de boa qualidade para a nossa realidade, utilizando para isso a metodologia ADAPTE(11). Essa metodologia consiste em um conjunto de procedimentos padronizados para adaptar à nossa realidade, de forma transparente, as melhores e mais recentes recomendações informadas por evidência.

O processo incluiu os passos a seguir:

- 1) Constituição de um grupo técnico elaborador das diretrizes que foi responsável por secretariar o grupo consultivo, redigir o documento, realizar considerações sobre a adaptação das recomendações à realidade brasileira e considerar contribuições aportadas durante a consulta pública e revisão externa do documento.
- 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 obstetrizes, pediatras e representantes de entidades da sociedade civil organizada (Apêndice 1).
- 3) Definição do escopo das diretrizes pelos 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 encontradas 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 participantes do grupo elaborador, que de forma independente e mascarada, aplicaram o instrumento AGREE II através do site: www.agreetrust.org (12). A avaliação da qualidade das diretrizes consideradas incluiu os objetivos das diretrizes, as questões clínicas abordadas, a participação do público-alvo, rigor



metodológico, clareza da apresentação das evidências e recomendações, aplicabilidade das diretrizes e independência editorial. De acordo com os critérios de qualidade propostos pelo instrumento, foram selecionadas as diretrizes sobre cesarianas elaboradas pelo NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence / United Kingdom Department of Health*, publicada em 2011 e atualizada em 2013)(6) e de assistência ao parto para mulheres com cesarianas prévias do Colégio Francês de Ginecologia e Obstetrícia (publicada em 2013)(13) (Apêndice 3).

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. Das 72 questões originalmente listadas no escopo destas diretrizes, um total de 42 questões estavam contempladas nas diretrizes internacionais selecionadas para adaptação. A questão relativa à taxa de referência para o Brasil foi respondida por metodologia específica desenvolvida pela OMS e detalhada na parte inicial do documento. A lista de questões não respondidas pelas diretrizes identificadas encontram-se no Apêndice 4.

7) Seguindo o escopo definido para a realidade brasileira e baseado nas recomendações das diretrizes selecionadas no processo, o grupo elaborador preparou um esboço inicial do presente documento para apreciação pelo grupo consultivo. Em situações pontuais, onde existiam evidências científicas recentes, disponibilizadas após a fase de elaboração das diretrizes internacionais selecionadas, a base de evidências foi atualizada. No processo de adaptação, como não é realizada a revisão sistemática inicial para cada questão do escopo pelo grupo elaborador, a análise crítica da evidência é baseada nas informações fornecidas pela diretriz-fonte. Foram incluídas informações sobre a população brasileira, e referências relevantes como parte das considerações do grupo consultivo, mas evitou-se a inclusão de novas informações e referências na base de evidências para as recomendações.

8) De maneira geral, o esboço inicial das recomendações procurou manter-se fiel às recomendações dos documentos fonte. Em reunião em Brasília, em 23 de março de 2015, esses grupos se reuniram a fim de estabelecer consenso a respeito das recomendações, discutindo sobre o seu conteúdo e formato.

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 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 foi submetido à consulta pública.

11) As contribuições aportadas durante o processo de consulta pública foram consideradas e uma nova versão do documento foi produzida.

12) O documento foi então enviado para os membros do grupo consultivo e para revisores externos (Apêndice 1). De acordo com as sugestões dos revisores externos, o documento foi apresentado novamente para o grupo consultivo dia 21 de julho de 2015 quando foram discutidas e aprovadas as recomendações que serão adotadas nas diretrizes brasileiras. No processo de adaptação, as recomendações das diretrizes-fonte podem ser aceitas, aceitas com modificações específicas ou recusadas. Por meio das interações com o grupo consultivo e com os participantes da consulta pública, as recomendações foram ajustadas para a realidade local.

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 mais informações sobre o conjunto de evidências científicas sugere-se a consulta aos documentos originais preparados pelo NICE e pelo CNGOFⁱ.

ⁱ 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>.



As questões não respondidas serão abordadas em um documento que será preparado a partir de 2016.

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

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

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

Nível de evidência		
LE1	Ensaio clínico randomizado muito robusto, metanálise com ensaios clínicos randomizados	ALTA
LE2	Ensaio clínico randomizado não muito robusto, estudos comparativos não randomizados bem desenhados	MODERADA
LE3	Estudo de caso-controle	BAIXA
LE4	Estudos comparativos não randomizados com grande viés, estudos retrospectivos, estudos transversais e série de casos.	BAIXA



CAPÍTULO 1 – CUIDADO CENTRADO NA MULHER

O cuidado na oferta de informação e planejamento do modo de nascimento são discutidos neste capítulo com ênfase na abordagem quanto aos riscos e benefícios relacionados à cesariana programada comparada ao parto vaginal. Não foram abordadas nestas diretrizes situações em que a cesariana ocorre no cuidado intraparto, de urgência, ou em gestantes com comorbidades cujas indicações do procedimento podem variar de acordo com a patologia específica.

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

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 o modo de nascimento.

Uma revisão sistemática com seis ensaios clínicos randomizados (ECR) incluindo 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 (14). Um ECR avaliando o impacto do uso de folhetos informativos para gestantes no pré-natal não mostrou benefícios relacionados à postura ativa da mulher quanto às decisões sobre a gravidez, comparado com aquelas que não receberam os folhetos, no entanto, as mulheres mostraram-se satisfeitas por receber o informativo (15) (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 (6) comparando as repercussões de uma cesariana programada e um parto vaginal planejado. Em todos os estudos, a decisão do modo de nascimento foi realizada no pré-natal e não no momento do parto. Todas as mulheres do estudo apresentavam risco habitual (baixo risco), sem complicações, e tanto a cesariana quando o parto vaginal foram planejados pelas gestantes. Não foram incluídas cesarianas de urgência após tentativa de parto vaginal. 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 (16) e dois estudos não obtiveram diferença significativa comparando com parto vaginal (17, 18). Dos três estudos que avaliaram incidência de histerectomia pós-parto, dois evidenciaram maior risco de histerectomia em mulheres submetidas à cesariana programada (17, 18), um estudo mostrou maior risco de trombose venosa profunda (17), choque cardiogênico (17) e maior tempo de internação hospitalar (19) comparando com parto vaginal. Um estudo avaliou dor abdominal e perineal nos primeiros três dias pós-parto, evidenciando menos dor na cesariana programada (20) e um estudo mostrou maior chance de lesão vaginal quando a gestante submetida a parto vaginal planejado (18). Quanto às repercussões neonatais, a revisão evidenciou maior risco de admissão em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal nos recém-nascidos de cesariana programada, não havendo diferença significativa com relação à incidência de hipóxia e encefalopatia isquêmica, hemorragia intracraniana e morbidade respiratória quando comparados ao nascidos de parto vaginal (21, 22) (qualidade de evidência 3).



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 ao modo de nascimento.

Considerações

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 do modo de nascimento. Porém, considera-se que a abordagem do tema pode ser em grupo de gestantes ou individual, a discussão sobre assuntos inerentes a gestação e ao processo do 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 sobre riscos e benefícios de uma cesariana sendo mostrados os dados atualizados de literatura disponíveis, na expectativa de que cada mulher tenha o melhor entendimento sobre o procedimento e assim possa tomar decisões informadas a este respeito.

Recomendação:

- 1) É recomendado fornecer informações para as gestantes durante a atenção pré-natal, parto e puerpério baseadas em evidências atualizadas, de boa qualidade, apontando benefícios e riscos sobre as formas de parto e nascimento, incluindo a gestante no processo de decisão.**

Deve ser obtido um consentimento informado?

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 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:

- 2) É recomendada a obtenção de um termo de consentimento livre e esclarecido de todas as mulheres que serão submetidas à cesariana programada.**
- 3) Quando a decisão pela cesariana programada for tomada, é recomendado o registro dos fatores que influenciaram na decisão e, quando possível, qual deles é o mais influente.**



CAPÍTULO 2 – CESARIANA PROGRAMADA

Este capítulo é destinado a considerar situações em que se pretende programar a cesariana de forma eletiva. Não foram abordadas nestas diretrizes: cesariana de urgência, intraparto ou em gestantes com comorbidades cujas indicações do procedimento podem variar de acordo com a patologia específica.

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?

Em que momento deve ser realizada?

A apresentação pélvica ocorre em 4% do total de gestações únicas. A versão cefálica externa é uma opção para fetos em apresentação pélvica(6).

Uma revisão sistemática Cochraneⁱⁱ com 8 ECR, (n=1308 mulheres), mostrou redução de 60% dos partos não cefálicos utilizando versão cefálica externa em mulheres com gestação pélvica com mais de 36 semanas, comparando com aquelas em que a versão não foi utilizada (n=1305, RR=0,42, IC 95% 0,29-0,61). A versão cefálica externa também foi associada a uma redução nas taxas de cesariana (n=1305; RR=0,57; IC 95% 0,40-0,82) (17, 18) (evidência 1a)(23, 24). Realizar versão cefálica externa com menos de 37 semanas não diminuiu o número de partos não cefálicos (RR=1,02, IC 95% 0,89-1,17) (25) (evidência 1a). Entretanto, devem ser consideradas algumas complicações relacionadas ao procedimento: frequência cardíaca fetal não tranquilizadora (comumente bradicardia transitória, 1,1-16%), sangramento vaginal

ⁱⁱ A revisão sistemática Cochrane foi atualizada em 2015, após atualização do NICE (2013), e no processo de adaptação, os dados desta revisão foram atualizados para esta diretriz.



indolor (1,1%), ruptura de placenta (0,4-1%), desencadear trabalho de parto (3%) (24, 26) (qualidade de evidência 1b).

Avaliando o efeito do modo de nascimento em gestações a termo com apresentação pélvica, uma revisão sistemática incluindo três ECR (n=2396) mostrou redução de mortalidade perinatal e neonatal (RR=0,33, IC 95% 0,19-0,56) assim como morbidade neonatal grave quando se ofereceu uma 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)(27). 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 em fetos pré-termo é maior com cesariana programada (86,5%) comparado com parto vaginal planejado (77,4%)(28)(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.

Considerações

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 e parece não ser efetiva em fetos pré-termo. Quando optado pela versão cefálica externa, a mulher deve ser esclarecida de seus riscos e benefícios, maternos e fetais, além da possibilidade de falha do procedimento, e que o feto pode retornar à apresentação pélvica ou outra apresentação anômala após o procedimento podendo ocorrer dias após sua realização e que o procedimento não é obrigatório. Mediante um Termo de Consentimento Esclarecido, a versão externa deve ser



realizada em ambiente hospitalar, com recursos para permitir procedimentos de urgência e emergência, caso alguma complicação ocorra.

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 recomenda-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas).

Considerando ainda que o risco absoluto de mortalidade neonatal é baixo, apesar do aumento do risco relativo já demonstrado, e os potenciais vieses do estudo que mais influencia a revisão sistemática da Biblioteca Cochrane (Term Breech Trial)(29), recomenda-se que os resultados desses estudos sejam apresentados às gestantes de forma que a decisão pelo modo de nascimento seja informada por evidências e que o direito da mulher que pretende ter um parto pélvico vaginal seja respeitado. Entretanto, sugere-se que apenas profissionais experientes no manejo do parto pélvico prestem assistência ao parto nessa modalidade e que um termo de consentimento esclarecido seja obtido das mulheres que pleiteiem um parto vaginal com fetos em apresentação pélvica. Caso a gestante não deseje ser submetida à versão cefálica externa ou o profissional não tenha habilidade técnica para realizar o procedimento, a operação cesariana programada surge como opção de nascimento.

Recomendações:

- 4) Em apresentação pélvica, e na ausência de contraindicações*, a versão cefálica externa é recomendada a partir de 36 semanas de idade gestacional, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.**
- 5) A versão cefálica externa deve ser ofertada às mulheres e realizada por profissional experiente com esta manobra, em ambiente hospitalar.**
- 6) As contraindicações para a versão cefálica externa podem incluir o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e in experiência do profissional.**
- 7) Em situações nas quais a versão cefálica externa estiver contraindicada*, não puder ser praticada ou não tiver sucesso, a cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica.**



- 8) A cesariana programada por apresentação pélvica é recomendada a partir de 39 semanas de idade gestacional. Sugere-se aguardar o início do trabalho de parto.
- 9) Na situação de a mulher decidir por um parto pélvico vaginal, é recomendado que seja informada sobre o maior risco de morbidade e mortalidade perinatal e neonatal e que a assistência seja realizada por profissionais experientes na assistência ao parto pélvico, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.
- 10) Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem ao parto pélvico.

***Contraindicações para a versão cefálica externa podem incluir o trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota, obesidade materna, cesariana prévia, outras complicações maternas e inexperience do profissional.**



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?

Aproximadamente 15 em 1000 gestações são gemelares. Nos últimos anos tem havido um aumento da frequência das gestações gemelares devido aos procedimentos de reprodução assistida (30). 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 (31-33) (qualidade de evidência 3).

Uma revisão sistemática incluindo um único 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 essas 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, IC 95% 1,15-11,69) (34, 35) (qualidade de evidência 1b). A revisão incluiu ainda três coortes retrospectivas que também não mostraram diferença consistente entre os grupos quanto a mortalidade neonatal, trauma de parto, complicações neurológicas, hiperbilirrubinemia, hipoglicemia ou taquipneia transitória (34) (qualidade de evidência 1b). Cesarianas programadas de gemelares realizadas entre 36-37 semanas e seis dias estão associadas a aumento de taquipnéia transitória do recém-nascido (TTRN) e distúrbios respiratórios em um ou nos dois fetos comparadas com cesarianas realizadas entre 38 e 40 semanas (RR=5,94, IC 95% 0,78-45,01) (36) (qualidade de evidência 2b).



Resumo das Evidências

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

Considerações

Após a atualização do NICE em 2013, um grande estudo randomizado sobre modo de nascimento em gestação gemelares comparou a operação cesariana programada versus parto vaginal planejado (com cesarianas apenas se indicado) para mulheres com gestações cujo primeiro feto estava em apresentação cefálica. O *Twin Birth Study* incluiu um total de 1398 mulheres (2795 fetos) e concluiu que em gestações gemelares entre 32 semanas e 38 semanas e 6 dias de idade gestacional, a cesariana programada não diminuiu nem aumentou o risco de morte fetal ou neonatal, ou de morbidade neonatal grave (37) (qualidade de evidência 1b).

Assim, diferentes abordagens são possíveis e podem ser necessárias de acordo com as características da gestação gemelar, principalmente a corionicidade e a presença ou não de comorbidades. A determinação da época e modo de nascimento deve ser individualizada.

Recomendação:

- 11) Em gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação cefálica, é recomendado que a decisão pelo modo de nascimento seja individualizada considerando as preferências e prioridades da mulher, as características da gestação gemelar (principalmente corionicidade), os riscos e benefícios de operação cesariana e do parto vaginal de gemelares, incluindo o risco de uma cesariana de urgência/emergência antes ou após o nascimento do primeiro gemelar.**
- 12) 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 (38, 39) (qualidade de evidência 3). A revisão sistemática realizada a respeito do tema incluiu seis ECR, três ECR com fetos cefálicos e três ECR com fetos em apresentação pélvica. Um a cada seis dos recém-nascidos alocados para cesariana nasceu de parto vaginal, e vice-versa. Os resultados produzidos foram inconclusivos devido à grande taxa de descontinuidade e dificuldade de recrutamento (40) (qualidade de evidência 1b).

A melhor forma de nascimento para fetos pré-termo ainda é incerta. A cesariana foi proposta para melhorar as taxas de mortalidade, porém nesses casos a maior dificuldade técnica no procedimento deve ser considerada. (38) (qualidade de evidência 3).

Resumo das Evidências

Os estudos sobre modo de nascimento em fetos pré-termo são de baixa qualidade e não permitem concluir sobre os desfechos neonatais comparando parto vaginal e cesariana programada.

Considerações

Existe incerteza sobre o melhor modo de nascimento de fetos pré-termo. Muitos serviços têm optado pela operação cesariana considerando outros fatores, como a apresentação pélvica, sinais de sofrimento fetal e a expectativa de sobrevivência após o parto. Portanto, não se recomenda cesariana de rotina em função exclusiva da prematuridade e sugere-se individualizar a conduta, devendo-se levar em conta a idade gestacional, integridade de membranas, posição fetal e comorbidades, entre outros fatores.



Recomendação:

- 13) Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento no trabalho de parto pré-termo em apresentação cefálica.**

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 PIG têm maior risco de morte neonatal quando expostos ao trabalho de parto em comparação com aqueles que não foram expostos (RR=1,79, IC 95% 1,54-1,86) (41) (qualidade de evidência 3). A cesariana pode reduzir a necessidade de reanimação neonatal (OR= 0,20, IC 95% 0,08-0,66) (42) (qualidade de evidência 3), porém não mostrou diferença na redução de paralisia cerebral em fetos PIG (43).

Resumo das Evidências

Os poucos estudos encontrados sobre modo de nascimento em fetos PIG são retrospectivos, com baixa 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, sugere-se individualizar a conduta relativa ao nascimento de fetos PIG.



Recomendação:

14) Na ausência de outras indicações, a cesariana não é recomendada como forma rotineira 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?

A placenta de inserção baixa (placenta prévia) é a indicação primária de cesariana em cerca de 3% na Inglaterra (30). Quando detectada com 20 semanas de gestação costuma se resolver. Deve ser repetida a ultrassonografia com 32 semanas e se permanecer o diagnóstico de placenta prévia centro-total ou centro-parcial com 36 semanas ou mais, a cesariana está indicada. A cesariana de mulheres com placenta prévia tem risco aumentado de perda sanguínea maior que 1000 ml comparado com cesariana por outras indicações (RR=3,97, IC 95% 3,24-4,85) (30) (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

O NICE não apresenta estudos quanto ao melhor modo de nascimento em placentas de inserção baixa. Classicamente as formas de placenta prévia centro-total ou centro-parcial têm sido definidas como indicação absoluta de cesariana, uma vez que ocluem 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 ocorrer o óbito materno. Diante dessa situação não há como conduzir ECR e, considerando os riscos associados, sugere-se 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 de inserção baixa.

Recomendação:

15) A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm 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?

As gestantes com cesariana prévia têm um risco de 0,6-1,3% de desenvolver placenta de inserção baixa e dessas 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 (duas cesarianas prévias tem risco de 23-40% de acretismo placentário enquanto três cesarianas ou mais tem risco de 35-67% de acretismo em uma próxima gestação) (44).

Em uma revisão sistemática do NICE (6) avaliando a acurácia dos exames de imagem na investigação de acretismo placentário em gestantes com cesariana prévia, foram incluídos cinco estudos (45-49). Dois estudos retrospectivos(47, 49) e dois prospectivos(45, 46) avaliaram acurácia do exame ultrassonográfico para diagnóstico de placenta acreta em mulheres com cesariana prévia e um estudos retrospectivo(47) utilizou avaliação ultrassonográfica com Doppler colorido.



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 (45, 48). Considerando a prática clínica, os autores da revisão sugerem que os exames para investigação de placenta prévia sejam realizados entre 32-34 semanas de gestação (6).

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 (6). 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 (50) enquanto o segundo estudo mostrou menor necessidade de hemotransfusão e maior número de admissões em UTI neonatal dos recém-nascidos (RR=1,57, IC 95% 1,16-2,28) no grupo com diagnóstico pré-natal de acretismo (51) (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

A ultrassonografia é o exame inicial na investigação de acretismo placentário, especialmente em gestantes com cesariana prévia. Na suspeita de acretismo



evidenciada por exame ultrassonográfico, a RNM pode complementar a investigação evidenciando a extensão da invasão. Nos lugares em que o exame esteja disponível, deve-se explicar o procedimento de RNM para a gestante, que é um procedimento relativamente seguro, desde que seja realizado sem contraste.

Como o procedimento cirúrgico da cesariana de uma gestante com acretismo placentário é de maior complexidade, com risco de histerectomia dentre outras complicações, a cesariana deve ser programada, de preferência em serviços de referência. A cesariana deve ser programada com equipe médica experiente nesse tipo de abordagem, equipe cirúrgica de retaguarda, (de preferência Cirurgião Geral ou Urologista), suporte hospitalar para cuidados intensivos e acesso a hemoderivados caso haja necessidade de transfusão.

Recomendação:

- 16) Em gestantes com placenta prévia é recomendada a realização de um exame ultrassonográfico com Doppler entre 28 e 32 semanas de idade gestacional, ou antes, se possível, para investigação de acretismo placentário.**
- 17) É recomendado que as gestantes com diagnóstico ultrassonográfico de acretismo placentário recebam atenção especializada em serviços de referência.**
- 18) Em gestantes com acretismo placentário, é recomendado programar a cesariana. Nas situações de suspeita de placenta increta e/ou percreta, é recomendado programar a cesariana entre 34 e 36 semanas.**
- 19) No momento do procedimento, é recomendada a presença de dois obstetras experientes, anestesista e pediatra para o procedimento, bem como equipe cirúrgica de retaguarda.**
- 20) É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemoderivados para eventual necessidade durante o procedimento.**
- 21) O serviço de referência deve assegurar condições de suporte para pacientes em estado grave.**

Preditores da progressão do trabalho de parto

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) (52, 53) (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 quatro ECR (n=895) relacionou os efeitos de pelvimetria radiológica e modo de parto. Dois desses ECR incluíram mulheres com cesariana prévia. As mulheres nas quais se realizou pelvimetria tiveram mais chance de evoluir para cesariana (OR=2,97, IC 95% 1,63-288), não sendo observada diferença nas repercussões neonatais (asfixia, admissão em unidade intensiva neonatal) e deiscência de sutura (54) (qualidade de evidência 1a). Não há evidência que apoie o uso da pelvimetria para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto.

Resumo das Evidências

Os testes de pelvimetria para prever falha de progressão do trabalho de parto foram avaliados por estudos de boa qualidade, sendo a conclusão desses estudos desfavoráveis à prática da pelvimetria.

Considerações

A ultrassonografia, a pelvimetria e outros testes apresentam limitações em sua capacidade de prever falha na progressão do trabalho de parto. Portanto, 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) (55), 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. Por outro lado, a macrosomia fetal, (que pode ser causa de desproporção cefalopélvica) consiste em um grande desafio para o profissional que assiste ao parto, dada a sua associação com dificuldades no parto e resultados adversos. A confiabilidade dos métodos disponíveis para detecção



da macrosomia anteparto permanece incerta e não permite definir a melhor maneira de conduzir as gestações de fetos suspeitos de macrosomia(56). Apesar dessa incerteza sobre a detecção anteparto de fetos macrosômicos, sugere-se maior atenção e conduta individualizada quando há suspeita de macrosomia fetal (por exemplo, peso fetal estimado superior a 4.500g). Entretanto, em gestações de baixo risco, o conjunto de evidências científicas, não corrobora a utilização sistemática e de rotina da ultrassonografia para predição do peso fetal a termo.

Recomendação:

- 22) A utilização de pelvimetria clínica não é recomendada para prever a ocorrência de falha de progressão do trabalho de parto ou definir a forma de nascimento.**
- 23) A utilização de dados antropométricos maternos (por exemplo, a altura materna ou tamanho do pé) não são recomendados para prever a falha de progressão do trabalho de parto.**

Transmissão vertical de infecções e modo 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

Indicação da via de parto em gestantes vivendo com HIV/AIDS

O Brasil apresenta recomendações específicas do Ministério da Saúde para diminuir transmissão vertical em gestantes HIV positivas (atualizadas em 2015). Assim, as recomendações destas diretrizes de cesariana para gestantes vivendo com HIV/AIDS seguiram as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

Para gestantes em uso de antirretroviral e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo a via de parto vaginal é indicada (qualidade de evidência 1b). Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. (57-61).



Recomendação:

- 24) Para gestantes em uso de antirretroviral e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo a via de parto vaginal é indicada. Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/ml após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. Confirmar a idade gestacional adequadamente, a fim de se evitar a prematuridade iatrogênica. Utilizar parâmetros obstétricos, como data da última menstruação correta, altura uterina, ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes, da 20ª semana).
- 25) A cesárea eletiva deve ser realizada na 38ª semana de gestação, a fim de se evitar a prematuridade e/ou o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.
- 26) Caso a gestante com indicação para a cesárea eletiva, inicie o trabalho de parto antes da data prevista para a cirurgia e chegue à maternidade com dilatação cervical mínima (menor que 4 cm), o obstetra deve iniciar a infusão intravenosa do AZT e realizar a cesárea, se possível, após 3 horas de infusão.
- 27) Sempre que possível proceder ao parto empelcado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).
- 28) Não realizar ordenha do cordão umbilical, ligando-o imediatamente após a retirada do RN.
- 29) Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de se realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno.
- 30) Utilizar antibiótico profilático, tanto na cesárea eletiva quanto naquela de urgência: dose única endovenosa de 2g de cefalotina ou cefazolina, após o clampeamento do cordão.

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% (IC 95% 6,8%-8,0%) (62). 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 parto vaginal 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 gestantes com níveis sérios elevados de HBV-DNA(63) (qualidade de evidência 2a).

Resumo das Evidências

Não existem ECR 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

Não existem estudos randomizados que possam determinar os benefícios da cesariana e redução de transmissão vertical. Consideram-se pontos importantes para redução da transmissão vertical, a detecção e o tratamento precoce da hepatite B (antes ou durante o pré-natal), a administração de imunoglobulina para vírus B no parto e vacinação adequada para o recém-nascido.

Recomendação:

31) A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da 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 chega a 20-30% de transmissão em mulheres com co-infecção com HIV (62). Uma coorte com 441 mulheres portadora de hepatite C estimou um risco de transmissão vertical de 6,7% (IC 95% 4,0-10,2), e aquelas mulheres com co-infecção



para HIV tiveram 3,8 vezes mais risco de transmissão para os recém-nascidos (RNs) (64) (qualidade de evidência 2b). As mulheres com infecção por vírus C não tiveram diferença quanto à transmissão vertical comparando os tipos de parto (OR 1,19, IC 95% 0,64-2,20). A 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, IC 95% 0,23-0,80) (qualidade de evidência 3). Não foi relatado uso de terapia antirretroviral nessas mulheres (64).

Resumo das Evidências

Quanto ao modo de nascimento e transmissão vertical de hepatite C, não existem ECR, 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 nascimento.

Recomendação:

- 32) A cesariana não é recomendada como forma de prevenção da transmissão vertical em gestantes com infecção por vírus da hepatite C.**
- 33) 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 com morbidade grave e alta taxa de mortalidade, podendo ocorrer transmissão através do canal de parto durante o



nascimento (65). Poucas séries de casos apoiam 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 (três casos de herpes neonatal em nove expostos) (66). 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 (67) (qualidade de evidência 3). Nenhum estudo permitiu avaliar associação entre o modo de nascimento e transmissão do herpes vírus. Três ECR 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 (68-70) (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. ECR de boa qualidade não evidenciaram redução de transmissão vertical do herpes vírus com uso de aciclovir.

Considerações

Apesar de os estudos serem de baixa qualidade, acredita-se haver plausibilidade biológica para que se considere a operação cesariana como capaz de contribuir para a redução da transmissão vertical do herpes vírus em gestantes com infecção primária ativa no último trimestre da gestação. Acredita-se que a mesma consideração seja válida para mulheres com infecção herpética ativa (primária ou secundária) no momento do parto. 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:

- 34) A cesariana é recomendada em mulheres que tenham apresentado infecção primária do vírus do Herpes simples durante o terceiro trimestre da gestação.**
- 35) A cesariana é recomendada em mulheres com infecção ativa (primária ou recorrente) do vírus do Herpes simples no momento do parto.**

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 com 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. Foram incluídas nulíparas e multíparas, com cesariana prévia e complicações gestacionais como diabetes e pré-eclâmpsia e após ajuste de covariáveis não se evidenciou diferença nas complicações anestésicas, pós-natais e neonatais, exceto distocia 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, decisão que deve ser individualizada (22).

Resumo das Evidências

O principal estudo analisando o modo de nascimento e obesidade é de 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/m² habitualmente está associada com outras morbidade como hipertensão, diabetes, além de um maior risco de complicações cirúrgicas. Com base em estudos populacionais, considera-se que não há benefícios da cesariana em nenhum grau de obesidade, inclusive nas obesas extremas (IMC>50kg/m²). A cesariana não deve ser considerada como o modo preferencial de nascimento para fetos de gestantes obesas, devendo sua indicação ser individualizada dependendo das comorbidades associadas à gestante.

Recomendação:

36) A cesariana não é recomendada como forma rotineira de nascimento de fetos de mulheres obesas.

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 ECR (n=2566) avaliaram o modo de nascimento e infecção pós-parto. 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 (71). Duas coortes conduzidas em Israel (n=75947) (72) e nos Estados Unidos (n=33251) (73) avaliaram o risco de infecção e tipo de parto. A primeira coorte evidenciou uma incidência de infecção puerperal em mulheres submetidas à cesariana de 2,6% comparada a 0,2% naquelas cujos partos foram vaginais (RR= 14,97 IC 95% 11,96-18,74) (72). No outro estudo, o risco de infecção puerperal também foi maior nas mulheres que tiveram cesariana (7,9%) comparadas àquelas que tiveram parto vaginal (1,8%) (RR=4,51 IC 95% 4,00-5,09) (73) (qualidade de evidência 1a).

Uma revisão sistemática incluiu 81 ECR (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 IC 95% 0,39-0,52), endometrite (RR=0,39 IC 95% 0,34-0,43), infecção do sítio operatório (RR=0,41 IC 95% 0,35-0,48), infecção urinária (RR=0,54 IC 95% 0,46-0,64) e infecção grave (RR=0,42 IC 95% 0,28-0,65)(74). Para avaliar a eficácia de diferentes regimes de antibioticoprofilaxia, uma revisão sistemática incluiu cinco ECR, concluindo que tanto ampicilina quanto as cefalosporinas de primeira geração têm mesma eficácia em reduzir endometrite pós-operatória. Não foi evidenciado benefício no uso de antibióticos de maior espectro ou múltiplas doses (75) (qualidade de evidência 1a).

Durante o procedimento cirúrgico, metanálise contendo cinco ECR avaliou 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 comparada à remoção espontânea (RR=1,54 IC 95% 1,23-1,92) (76) (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, em uma metanálise de 2 ECR (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 IC 95% 0,22-0,81) (77, 78) (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 os esquemas de antibióticos utilizados foram diferentes, não foi possível determinar qual esquema específico para profilaxia de infecção em cesariana. ECR 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 necrosante dos recém-nascidos à exposição de amoxicilina-clavulanato. Assim, não se considera amoxicilina-clavulanato indicado na profilaxia de infecção em cesariana.

Recomendação:

- 37) É recomendado oferecer antibioticoprofilaxia antes da incisão na pele na intenção de reduzir infecção materna.**
- 38) A escolha do antibiótico para reduzir infecção pós-operatória deve considerar fármacos efetivos para endometrite, infecção urinária e infecção de sítio cirúrgico.**
- 39) Durante a cesariana, é recomendado a remoção da placenta por tração controlada do cordão e não por remoção manual, para reduzir o risco de endometrite.**



CAPÍTULO 3 – 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 o modo de nascimento 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 prévia que entraram em trabalho de parto mas tiveram falha na progressão do trabalho de parto e evoluíram para uma nova cesariana (risco de 0,2-0,8% em mulheres com uma cesariana prévia) (qualidade de evidência LE2)(79). 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, IC 95% 1,20-12,5)(44). Quanto à necessidade de



hemotransusão (RR= 0,76, IC 95% 0,67-0,85) e ruptura uterina (RR= 0,03, IC 95% 0,011-0,082), o risco foi menor nas gestantes submetidas a uma nova cesariana (44). Dois estudos observacionais estudaram mulheres com cesariana prévia que tentaram parto vaginal obtendo uma taxa de sucesso de 74-80% (80) em um estudo e 72-76% no segundo estudo (81).

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, IC 95% 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 uma nova cesariana) e a necessidade de hemotransusão é menor nas mulheres submetidas a nova cesariana (RR=0,795 IC 95% 0,714-0,884) (44, 79) (qualidade de evidência LE2). Não houve diferença significativa nas taxas de histerectomia, necessidade de hemotransusão, febre puerperal, lesão vesical e cirúrgica em mulheres que tiveram parto vaginal após duas ou mais cesarianas prévias comparado com parto vaginal (80, 81). Uma ou duas cesarianas prévias são situações que possibilitam trabalho de parto e parto vaginal, porém há risco maior de ruptura uterina e necessidade de hemotransusão (79). A revisão sistemática do CNGOF incluiu os mesmos estudos encontrados no NICE, dentre outros, mostrando resultados semelhantes quanto a risco de mortalidade materna, ruptura uterina e morbidade materna febril. (Tabela 3)

Dekker et al. 2010 quantificou o risco de ruptura uterina em mulheres com uma cesariana prévia (n = 29008) baseado em dados de 1998-2000. Das 48 rupturas uterinas confirmados, 37 foram rupturas completas, destas rupturas completas, o descolamento prematuro da placenta foi a única variável que mostrou aumento do risco de ruptura uterina para cada subgrupos de cesariana prévia: repetir cesariana sem trabalho; trabalho de parto espontâneo com aumento de ocitocina; indução do parto com apenas ocitocina; indução com apenas prostaglandinas; indução tanto com ocitocina quanto prostaglandinas; e indução sem ocitocina sem prostaglandinas. A taxa global de no parto vaginal após cesariana foi de 54%. Quando todos os subgrupos foram comparados com trabalho de parto espontâneo, sem aumento de ocitocina e



cesariana programada tiveram o menor risco de ruptura uterina (OR = 0,11, 95% CI 0,04-0,34) e rotura uterina completo (OR ajustado = 0,04, 95% CI ,01-,30). O risco de ruptura uterina foi 3 a 5 vezes maior quando o trabalho de parto foi induzido, por qualquer meio. O maior risco de qualquer ruptura uterina foi de ocitocina após o início do trabalho de parto espontâneo (OR ajustado = 9,99, 95% CI 4,71-21,21)(82).

As complicações neonatais em mulheres com cesariana que entraram em trabalho de parto e evoluíram para cesariana intraparto são maiores comparadas com aquelas que 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 de líquido meconial foi maior naqueles que tiveram cesariana após tentar parto vaginal enquanto houve mais taquipneia transitória do recém-nascido nos RN de cesariana programada (83) (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 (44).

Um estudo de coorte prospectiva, com mulheres de 37 semanas de idade gestacional e uma cesariana prévia, teve randomização parcial durante o seguimento (n= 2345, 22 mulheres aceitaram ser randomizadas, 10 para cesariana e 12 para tentar parto vaginal): 1098 preferiram nova cesariana e 1225 tentaram parto vaginal. A taxa de parto vaginal foi de 43,2% e o desfecho primário foi relacionado às repercussões neonatais. O risco de mortalidade perinatal ou morbidade grave foi significativamente menor para os recém-nascidos no grupo de cesariana programada em comparação com o grupo de parto vaginal planejado (0,9% versus 2,4%; RR= 0,39; IC 95% 0,19-0,80). Com relação ao desfecho materno, observaram menos hemorragia grave no grupo que teve nova cesariana (perda de sangue $\geq 1,500$ ml e / ou transfusão de sangue), (0,8% [9/1108] versus 2,3% [29/1237]; RR 0,37 ; 95% CI 0,17-0,80)(84).

Outra coorte retrospectiva de 2000-2005 (n=21389, com 2092 mulheres pertencentes à categoria 5 da classificação de Robson, cesariana prévia) teve taxa de



parto vaginal de 20,2% (incluindo mulheres com cesariana anterior e múltiplas cesarianas). Ao longo dos anos do estudo, a taxa de parto vaginal após uma cesariana anterior variou de 28,3 a 40,7%. Hemorragia pós-parto no grupo que teve parto vaginal com cesariana prévia foi significativamente maior para as mulheres em comparação com aquelas sem cesariana prévia (Categorias 1 a 4 da classificação de Robson, sem cesariana prévia) (16% vs. 11%, $p = 0,02$). Para as mulheres que tiveram um parto vaginal instrumental com cesariana prévia não houve diferença significativa comparado àquelas com Robson 1-4 (30% vs. 29%, $p = 0,84$)(85). Admissões em unidade de terapia intensiva neonatal ou berçário de cuidados especiais não tiveram diferença significativa para grupos Robson 1-4 em comparação com o grupo Robson 5 para partos vaginais (Robson 1-4 4% vs 4% Robson 5, respectivamente) ou partos vaginais instrumentais (Robson 1-4 8% vs 9% Robson 5, respectivamente, $p = 0,72$)(85). Houve apenas 5 Rupturas uterina ou deiscência, sendo 4 delas no grupo de cesariana prévia, não foi possível realizar análise estatística segundo os autores.

Condições que influenciam na decisão do tipo 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 esse ocorreu após uma cesariana prévia, escore de Bishop favorável ou cérvix considerada favorável na admissão na sala de parto e trabalho de parto espontâneo (86) (qualidade de evidência LE2).

Existem algumas situações que reduzem a taxa de sucesso para um parto vaginal após cesariana prévia. Falha de progressão do trabalho de parto, parada secundária da descida, história de duas cesarianas (apesar de a taxa de parto vaginal após duas cesarianas ser de 70%), idade materna maior que 40 anos, IMC maior que 30Kg/m^2 , 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 (86) (qualidade de evidência LE3).

Morbidade materna como diabetes, obesidade, idade materna e multiparidade podem reduzir as taxas de parto vaginal em gestantes com cesariana prévia, no



entanto não contraindicam este modo 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 (87). As repercussões neonatais são semelhantes comparando parto vaginal planejado e cesariana programada em gestantes com cesariana prévia com menos de 37 semanas (88). O risco de ruptura uterina aumenta quando o intervalo interpartal diminui em mulheres com cesariana prévia (87), porém não contraindica o parto vaginal subsequente se as condições obstétricas forem favoráveis.

Resumo das Evidências

A revisão sistemática do CNGOF, assim como a do NICE, incluíram grandes estudos observacionais avaliando as repercussões de um parto vaginal comparado à cesariana programada em gestantes com cesariana prévia. Os estudos incluídos têm qualidade de evidência moderada a baixa. Os dados neonatais não foram incluídos na revisão sistemática do NICE e a qualidade de evidência dos estudos com desfechos neonatais utilizados tanto do NICE quanto do CNGOF é muito baixa.

Considerações

O aconselhamento sobre o modo 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 existe maior risco de ruptura uterina no parto vaginal. A ruptura uterina é uma situação grave, com risco de óbito fetal e materno, requerendo intervenção cirúrgica imediata. Esse risco deve ser pesado contra os riscos de lesão vesical, hemorragia e histerectomia, entre outras morbidades, que aumentam quando se aumenta o número de cesarianas.

Os riscos de um parto vaginal após cesariana em geral são baixos, com uma boa taxa de sucesso para o parto vaginal. 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 cesariana. 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, sugere-se 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 ao modo de nascimento considere o desejo e a autonomia feminina, obtendo-se um termo de consentimento pós-informação.

Entende-se que o limite de quando tornar a nova cesariana mandatória em relação ao número de cesarianas prévias foi determinado de forma parcialmente arbitrária pelo grupo elaborador das diretrizes francesas. As diretrizes do grupo NICE são menos prescritivas em relação a isso. Outros grupos, como o ACOG e mesmo a prática brasileira tendem a ser mais restritivos em relação à possibilidade de parto vaginal após duas cesariana prévias. Essa é uma questão de ponderação de riscos (particularmente relacionados à ruptura uterina). Assim, considera-se mais apropriada a individualização da decisão sobre o modo de nascimento em gestações de mulheres com duas cesarianas prévias e mais adequada a cesariana em mulheres com três cesarianas prévias.

A investigação de acretismo placentário em gestantes com duas cesarianas prévias é pertinente, para mulheres que forem realizar tentativa de um parto vaginal. Apesar de raros, nos casos de cesarianas cuja incisão uterina tenha sido longitudinal, aconselha-se o registro do fato no prontuário médico, pois essa condição contraindica



uma tentativa de parto vaginal subsequente. Sugere-se 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.

Recomendação:

- 40) É recomendado um aconselhamento sobre o modo de nascimento em gestantes com cesariana prévia que considere: as preferências e prioridades da mulher, os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma cesariana não planejada.**
- 41) É recomendado que as mulheres com cesarianas prévias sejam esclarecidas de que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia. Este risco é, a princípio, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas prévias.**
- 42) Na ausência de outras contraindicações, é recomendado encorajar as mulheres com uma cesariana prévia a tentativa de parto vaginal, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.**
- 43) É recomendado que a conduta em relação ao modo de nascimento de fetos de mulheres com duas cesarianas prévias seja individualizada considerando os riscos e benefícios de uma nova cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após duas cesarianas, incluindo o risco aumentado de rotura uterina e de cesariana adicional não planejada, e as preferências e prioridades da mulher, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.**
- 44) Durante a assistência pré-natal, as mulheres devem ser informadas sobre as instituições e profissionais que assistem ao parto vaginal após duas cesarianas.**
- 45) Os profissionais e instituições de saúde devem ter resguardada sua autonomia em relação a aceitação ou não da assistência ao parto vaginal após duas cesarianas.**
- 46) A cesariana é recomendada em mulheres com três ou mais cesarianas prévias.**
- 47) 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?



A avaliação da cicatriz uterina segmentar por ultrassonografia utiliza técnicas de medição transvaginal ou abdominal podendo ser estudado a espessura do “segmento inferior do útero” após 36 semanas e com a bexiga repleta. A mais recente revisão sistemática sobre risco de ruptura ou deiscência uterina em mulheres com cesariana prévia procurou encontrar um limiar ótimo para predição desse risco. Analisando a espessura do segmento entre 2 e 3,5 mm (estudos robustos incluindo 1834 mulheres, com 121 rupturas ou deiscências uterinas detectadas), não foi encontrada utilidade clínica da ultrassonografia para avaliação de cicatriz uterina, não sendo possível determinar um ponto de corte da espessura miometrial para o risco de ruptura uterina(89) (qualidade de evidência LE2).

Apesar de o peso do recém-nascido maior que 4000g diminuir a taxa de sucesso de um parto vaginal após cesariana, a 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 o modo de nascimento em gestantes com cesariana prévia (86) (qualidade de evidencia LE2).

Resumo das Evidências

Os estudos encontrados na revisão sistemática têm 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. Entretanto, uma altura uterina elevada (40cm ou mais) associada à estimativa de peso por ultrassonografia acima de 4.000g, é altamente sugestiva de feto macrossômico e a tentativa de parto vaginal após cesariana pode ser não recomendada. Também não há evidência do benefício da ultrassonografia na predição de ruptura uterina com a



medição do “segmento inferior do útero”. História de parto vaginal prévio, escore de Bishop favorável ou cérvix considerada favorável na admissão na sala de parto, além de trabalho de parto espontâneo são condições que podem auxiliar na tomada de decisão quanto ao modo de nascimento em mulheres com cesariana prévia(86) (qualidade de evidência LE2).

Recomendação:

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

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

Revisão sistemática do CNGOF incluindo cinco coortes retrospectivas avaliou o risco de ruptura uterina associado com um curto intervalo entre as gestações de mulheres com cesariana prévia(90-94)(qualidade de evidência LE3). Shipp (2001) observou que intervalos interpartais de até 18 meses após uma cesariana estiveram associados com um risco aumentado de ruptura uterina sintomática(90). Este autor encontrou um risco de 2,3% no intervalo interpartal inferior a dezenove meses versus 1,1% nos anos seguintes (OR= 3,0 IC 95% 1,2-7,2)(90). Huang (2002) observou que mulheres com intervalos interpartais menores que 19 meses tiveram uma menor taxa de parto vaginal(91). Bujold (2010) em um estudo com 188 mulheres observou uma taxa de ruptura uterina de 5% quando o período intergestacional é inferior ou igual a nove meses, 1,9% entre 9 a 15 meses e 1,1% com mais de 15 meses(92). Em 2002, Bujold havia observado que mulheres com intervalos interpartais inferiores a 24 apresentavam um aumento de 2-3 vezes no risco de ruptura uterina(93). Stamilio (2007), em uma coorte multicêntrica com 25005 mulheres incluindo 128 casos de ruptura uterina, as mulheres com intervalo intergestacional inferior a 6 meses apresentaram taxa de ruptura de 2,2%, enquanto aquelas com mais de 6 meses entre as gestações apresentaram taxa de ruptura uterina de 0,9%(95).



Resumo das Evidências

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

Considerações

O risco de ruptura uterina parece aumentar com a redução do intervalo entre os partos. Se do ponto de vista individual o risco de complicações graves pode ser considerado relativamente baixo, esse pode não ser o caso quando se considera a questão do ponto de vista populacional. Monitorização fetal intermitente, uma equipe treinada capaz de detectar a iminência de ruptura uterina e acesso imediato à cesariana na suspeita de ruptura uterina são condições que minimizam o risco independentemente do intervalo interpartal.

Recomendação:

49) Em mulheres com cesariana prévia e intervalo interpartal inferior a 15 meses (ou intergestacional inferior a seis meses), é recomendado individualizar a conduta relativa ao modo de nascimento.

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?

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 capaz de oferecer suporte intensivo e com disponibilidade de classificação sanguínea, hematimetria e uso de hemoderivados, caso necessário(96).



O trabalho de parto deve ser conduzido, preferencialmente, pelo mesmo obstetra (exceto em casos de indisponibilidade ou troca de plantão). Todos os membros da equipe (enfermeiras obstétrizes, obstetra e anestesista) devem estar alertas para os sinais de ruptura uterina. Durante o trabalho de parto de mulheres com cesarianas prévias, é recomendada a monitorização materno-fetal intermitente e condições de acesso imediato à cesariana, caso necessário. Deve ser aconselhado intervalo de um ano antes de nova gravidez (96).

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

A diretriz francesa baseou o aconselhamento e os cuidados com gestantes de cesariana prévia na opinião de especialistas. Entende-se que é importante a monitorização fetal intermitente, e que o acesso imediato à cesariana deve estar disponível na suspeita de ruptura uterina com obstetra, anestesista e pediatra presentes para a assistência ao parto. Dependendo do contexto obstétrico, informações adicionais devem ser fornecidas à paciente, especialmente se o parto for induzido. Sugere-se 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.

Recomendação

50) Para as gestantes que desejam um parto vaginal (espontâneo ou induzido) após cesariana é recomendada a monitorização materno-fetal intermitente e assistência que possibilite acesso imediato à cesariana.

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



Seis estudos observacionais avaliaram os riscos 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 IC 95% 1,6-3,9) e submetidas à indução com prostaglandina (PGE2) (OR=2,9, IC 95% 2,0-4,3)(97). Um estudo multicêntrico prospectivo americano evidenciou que o parto vaginal era menos provável em mulheres submetidas à indução tanto naquelas com cesariana quanto as sem cesariana prévia (65% vs. 51%, respectivamente)(98). A indução aumenta moderadamente o risco de cesariana não planejada e aumenta em duas vezes o risco de ruptura uterina quando comparada com o trabalho de parto espontâneo(99)(qualidade de evidência LE2). A indução com ocitocina está associada com risco mínimo a moderado de ruptura uterina comparado ao parto espontâneo(99) (qualidade de evidência LE2).

Apenas um estudo avaliou o uso de misoprostol comparado com ocitocina em mulheres com cesariana prévia e foi interrompido prematuramente após a inclusão de 38 mulheres devido a preocupações com a segurança para as pacientes. Dezesete mulheres tinham sido incluídas no grupo que recebeu misoprostol, e 21 mulheres do grupo de ocitocina. Não houve diferença significativa nos resultados preliminares, porém ocorreram dois casos de ruptura uterina no grupo do misoprostol, o que não ocorreu no grupo da ocitocina (um estudo; 38 mulheres; RR=6,11, 95% CI 0,31-119,33)(100).

Resumo das Evidências

Não foi encontrado nenhum ECR de boa qualidade para determinar qual a 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

A indução do parto em gestantes com cesariana prévia aumenta moderadamente o risco de ruptura uterina durante o trabalho de parto comparada ao trabalho de parto espontâneo. A indução eletiva deve ser evitada (LE4)(13), 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 nas diretrizes 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 e o CNGOF também mencionam, 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. Devido ao reduzido número de evidências sobre o assunto, sugere-se que o uso cauteloso de balão cervical ou ocitocina na indução dessas mulheres é viável para a realidade brasileira nas mulheres com indicação médica de indução do parto. 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:

- 51) Em mulheres com cesariana prévia e indicação para indução de trabalho de parto, é recomendado o uso de balão cervical ou ocitocina.**
- 52) O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de cesariana prévia, independente do número de cesáreas, não é recomendado.**



CAPÍTULO 4 – CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)

A taxa de mortalidade neonatal no Brasil é de 9,2 por mil nascidos vivos. Segundo os dados do NICE, não há relação direta entre as taxas de parto cesariano e resultados neonatais. As taxas de mortalidade perinatal podem diminuir na presença de uma taxa baixa de cesárea ou permanecer estáveis enquanto os partos cesárea aumentam (nível de evidência 4)(101, 102). Um estudo de coorte (n = 11.702) não demonstrou diferença na mortalidade neonatal entre o nascimento vaginal e cesariano, no entanto o estudo não tinha capacidade suficiente (poder do estudo) para avaliar este desfecho (risco relativo de 1,09 IC 95% 0,14-8,38) (nível de evidência 2)(101-103).

Há necessidade de profissional de saúde treinado em reanimação neonatal na recepção de um recém-nascido por cesariana?

Em um estudo de coorte, os recém-nascidos de parto cesariano e com anestesia regional eram mais propensos a ter um índice de Apgar de primeiro minuto inferior a 4 (6,3%) quando comparados com recém-nascidos de parto vaginal (1,3%; RR 3,04 IC 95% 1,80-5,13) (nível de evidência 2b)(104). Dois estudos descritivos citam que o parto cesariano é uma situação em que é necessário a presença de pediatra ao nascimento (nível de evidência 3)(105, 106). Uma série de 460 partos mostrou que houve maior incidência de reanimação neonatal em partos cesarianos planejados quando comparados com partos vaginais. Resultados semelhantes foram encontrados em outros dois estudos(107, 108). Da série de 59 partos cesarianos de urgência, 24 foram indicados por sofrimento fetal, dos quais 12 recém-nascidos necessitaram de reanimação neonatal. Não houve nenhuma diferença na necessidade de reanimação entre recém-nascidos com apresentação cefálica em parto cesariano (1,8%) e parto vaginal (2,7%) sem evidência de sofrimento fetal(nível de evidência 3)(109). Um



grande estudo observacional nos EUA (n = 3940) relatou que recém-nascidos por cesariana sob anestesia geral tiveram um risco aumentado de ter de Apgar de 1 e 5 minutos menores que 7 quando comparados com aqueles que nasceram por cesariana com anestesia regional (Apgar de primeiro minuto inferior a 7: RR 3,13 IC 95% 2,5-3,88 e Apgar de 5 minutos: RR 3,6, IC 95% 1,81 to 7,00) e necessidade de reanimação neonatal (RR 2,02, IC 95% 1,39-2,9) (nível de evidência 3)(110). Esses achados são compatíveis com aqueles encontrados no NSCSA(111).

Resumo das Evidências

Os estudos disponíveis considerados no guideline do NICE são classificados com nível de evidência 2 e 3 e alguns apontam índices de Apgar mais baixos e maior necessidade de reanimação neonatal na cesariana. Os estudos apontam para a necessidade de um profissional de saúde capacitado no atendimento neonatal, em especial na cesariana sob anestesia geral ou quando há evidência de sofrimento fetal.

Considerações do grupo elaborador

De acordo com a Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde(112): “O atendimento ao recém-nascido, no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos, consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal)” (1º artigo, parágrafo único). “É capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme Nota Técnica SAS/MS 16 de 2014” (artigo 3º)(112).

Recomendação:

- 53) Quando o nascimento ocorrer por operação cesariana, é recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em reanimação neonatal.**
- 54) Em situações onde não é possível a presença de um médico pediatra em nascimentos por operação cesariana, é recomendada a presença de um profissional médico ou de enfermagem adequadamente treinado em reanimação neonatal.**



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 do modo de nascimento. Um ECR demonstrou que os pais também podem manter a conservação da temperatura corporal aquecido de RN saudáveis (113) (qualidade de evidência 1b). Uma revisão sistemática contendo 16 ECR e 1 quase-randomizado (n=806), dois deles incluindo RN de cesariana avaliou as repercussões do contato pele-a-pele no cuidado neonatal de RN saudáveis. De modo geral, houve maior taxa de duração da amamentação (OR=2,15, IC 95% 1,10-4,22), menos choro do RN (OR= 21,89, IC 95% 5,2 – 92,3) e maior índice de afetividade materna para aqueles RN que tiveram contato pele-a-pele precoce (114) (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 (115)(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 12 ECR têm uma qualidade metodológica baixa. Esses benefícios do contato precoce associados à 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 bruços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida (112).

Recomendação:

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

56) O contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser assegurado e 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 nove diferentes ECR 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(116). Um ECR realizado no Reino Unido (n=554) comparou clampeamento tardio e precoce em partos vaginais não observou diferença nos desfechos neonatais e maternos(117) (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, IC 95% 1,07-10,03)(119), enquanto o outro ECR não mostrou diferença no hematócrito de criança nos dois grupos tardio e precoce (120). Ambos os



estudos demonstraram que é possível realizar o clampeamento tardio do cordão em cesarianas.

Em relação ao recém-nascido pré-termo, revisão sistemática da Biblioteca Cochrane, publicada em 2012, avaliou 15 estudos com 738 neonatos de idade gestacional entre 24 e 36 semanas, cujo cordão foi clampeado entre 30 e 180 segundos depois do nascimento. O clampeamento tardio de cordão resultou em diminuição do número de prematuros que receberam transfusões sanguíneas (OR 0,61; IC95% 0,46-0,81), que apresentaram hemorragia intracraniana (OR 0,62; IC95% 0,41-0,85) e enterocolite necrosante (OR 0,62; IC95% 0,43-0,90), porém houve elevação do nível de pico de hiperbilirrubinemia indireta(116). Tais achados parecem estar relacionados à elevação do volume de sangue circulante no recém-nascido, com estabilização mais rápida da pressão arterial em consequência da transfusão placentária. No entanto, os dados dessa revisão foram insuficientes para definir as evidências a respeito de óbito neonatal, hemorragia intraventricular ou parenquimatosa graus III/IV, segundo a classificação de Papille et al. e leucomalácia periventricular(118). Deve-se ressaltar, ainda, que não existem evidências sobre os efeitos do clampeamento tardio do cordão em neonatos pré-termo com a vitalidade comprometida ao nascer.

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 é variável e pouco consistente, no entanto pode-se analisar os benefícios do clampeamento do cordão. Os estudos que avaliaram a propensão à anemia são 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 taquipneia transitória do recém-nascido.



Considerações

Assim como o NICE, a portaria 371 do MS recomenda o clampeamento tardio do cordão umbilical em recém-nascido de termo (idade gestacional 37-41 semanas) que está respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, sem líquido amniótico meconial ou seja, ele apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação(112, 119). Em relação ao RN pré-termo, segundo as evidências disponíveis atualmente, recomenda-se que, após a extração completa do concepto, os profissionais de saúde devem avaliar a pulsação do cordão umbilical, os movimentos respiratórios e a movimentação muscular. Se o paciente pré-termo mostrar pulsação no cordão acima de 100 bpm, tiver iniciado a respiração e apresentar movimentação ativa, o clampeamento mais tardio do cordão umbilical, entre 30-60 segundos, pode ser benéfico para facilitar a transfusão placentó-fetal. Caso a vitalidade do recém nascido esteja comprometida ou existam dúvidas sobre a adequação da frequência cardíaca, a movimentação muscular e o início da respiração espontânea indica-se clampear imediatamente o cordão para que o pediatra ou neonatologista avalie de forma imediata a necessidade dos procedimentos de reanimação. Como não há estudos consistentes com gestantes Rh negativos e casos de taquipnéia transitória do RN, esse procedimento só é recomendado em RN saudáveis, com tônus normal, função respiratória normal e na ausência de líquido meconial.

Recomendação:

- 57) É recomendado clampeamento tardio do cordão umbilical para o RN a termo e pré termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial.**
- 58) Nos casos de mães isoimunizadas, ou portadoras dos vírus HIV ou HTLV, o clampeamento deve ser imediato.**

Nas operações cesarianas, apoio 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 ECR mediram a taxa de amamentação comparando cesariana e parto vaginal (40, 71, 120). De maneira geral, não houve diferença os grupos (RR= 0,94, IC 95% 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 IC 95% 0,92-1,05)(71) (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(121-125). Dois desses estudos que seguiram as pacientes entre 3 e 6 meses não mostraram diferença nas taxas de amamentação entre parto vaginal e cesariana (123, 124) (qualidade de evidência 2a).

Resumo das Evidências

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

Considerações

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(112) 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:

59) 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.



CAPITULO 5 – LIGADURA TUBÁRIA E CESARIANA

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

A esterilização definitiva voluntária no Brasil (ligadura tubária ou vasectomia) segue legislação específica encontrada no § 4º art. 10, lei 9.263/96 – Constituição Federal Portaria nº 048/99(126).

A legislação vigente estabelece que a realização de esterilização definitiva somente pode ser realizada em pessoas maiores de 25 anos ou com mais de 2 filhos vivos e período de 60 dias entre manifestação da vontade e ato cirúrgico.

A mesma legislação prevê que a realização de ligadura 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.

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

Existe legislação específica que regulamenta a realização de laqueadura tubária no Brasil. Portanto, estas diretrizes seguem o disposto por essa legislação. De toda forma, um aconselhamento contraceptivo adequado e multidisciplinar para diminuir o número de gestações não planejadas, sendo a ligadura 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 preenchem critérios legais para ligadura tenham aconselhamento contraceptivo durante o pré-natal.



Recomendação:

60) É recomendado que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária.



ATUALIZAÇÃO DAS DIRETRIZES

Esta diretriz será atualizada a cada cinco anos ou antes, mediante 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 incluir novas perguntas a serem respondidas no período de atualização.

CONFLITO DE INTERESSE

Os membros do grupo elaborador declaram não apresentar conflitos de interesse.



GLOSSÁRIO

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 (mais comumente leigas) que durante o parto oferecem 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.
Escore de Apgar	Escala de avaliação do bem-estar do bebê. Índice de Apgar acima de 7 é o ideal.
Escore 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 têm sangue de tipos diferentes e estes se misturam em algum momento durante a gestação e o parto, pode ocorrer a formação de anticorpos (proteínas de defesa) contra o tipo de sangue diferente, afetando principalmente as gestações subsequentes.
Isoimunizadas	Mulheres que tem anticorpos (proteínas de defesa) contra o tipo de sangue diferente do delas.
Ligadura 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 à presença de uma única placenta para os dois fetos de uma gestação gemelar.
Morbidade	Doenças, complicações. 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".
Mortalidade	Óbitos. 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 ao recém-nascido (RN) ou ao período de quatro semanas que se segue ao nascimento.
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 à dificuldade de falar, se movimentar, engolir, dentre outros problemas neurológicos.
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 abaixo 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.
Pulsção do cordão	O cordão umbilical possui vasos sanguíneos cuja pulsção pode ser sentida e contada.
Reprodução assistida	Área da ginecologia em que ajuda casais inférteis a terem filhos de maneira artificial, com medicação e procedimentos como inseminação e fertilização in vitro, vulgarmente conhecidos 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).
Termo	É o período localizado entre 37 e 42 semanas da gestação.
Tocofobia	Aversão, medo ou ansiedade exagerada em relação ao parto vaginal
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. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010 Feb 6;375(9713):490-9. PubMed PMID: 20071021. Epub 2010/01/15. eng.
3. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006 Jun 3;367(9525):1819-29. PubMed PMID: 16753484. Epub 2006/06/07. eng.
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. Vitoria C. A operação cesariana freia a redução da mortalidade materna no Brasil. *Comunicação Pessoal*, 2015. <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,cesarea-freia-queda-de-mortalidade-materna-diz-especialista,1521306>.
6. NICE. Caesarean section. 2011;www.nice.org.uk/guidance/CG55. London - UK.
7. WHO Statement on Caesarean Section Rates. 2015.
8. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reproductive health*. 2015 Jun 21;12(1):57. PubMed PMID: 26093498. Epub 2015/06/22. Eng.
9. JP Souza, AP Betran, A Dumont, B de Mucio, CM Gibbs Pickens, C Deneux-Tharaux, E Ortiz-Panozo, E Sullivan, E Ota, G Togoobaatar, G Carroli, H Knight, Jun Zhang, JG Cecatti, JP Vogel, K Jayaratne, do Carmo Leal M, Gissler M, Morisaki N, Lack N, Oladapo OT, Tuncalp O, Lumbiganon P, Mori R, Quintana S, Costa Passos AD, Marcolin AC, Zongo A, Blondel B, Hernández B, Hogue CJ, Prunet C, Landman C, Ochrir C, Cuesta C, Pileggi-Castro C, Walker D, Alves D, Abalos E, Moises ECD, Vieira EM, Duarte G, Perdon G, Gurol-Urganci I, Takahiko K, Moscovici L, Campodonico L, Oliveira-Ciabati L, Laopaiboon M, Danansuriya M, Nakamura-Pereira M, Costa ML, Torloni MR, Kramer MR, Borges P, Olkhanud PB, Perez-Cuevas R, Agampodi SB, Mittal S, Serruya S, Bataglia V, Li Z, Temmerman M, Gulmezoglu AM. C-Model global reference for caesarean section rates: a multicountry cross-sectional study. *BJOG* 2015; DOI: 10.1111/1471-0528.13509.
10. Cecatti JG. Beliefs and misbeliefs about current interventions during labor and delivery in Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2014 Aug;30 Suppl 1:S17-8. PubMed PMID: 25167182. Epub 2014/08/29. eng.
- por.
11. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Available from: <http://www.g-i-n.net>. 2009.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.



16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. Thomas J PS. RCOG Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. . 2001. London-UK.
31. 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.
32. 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.
33. 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.



34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. Barrett JF, Hannah ME, Hutton EK, Willan AR, Allen AC, Armson BA, et al. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. The New England journal of medicine. 2013 Oct 3;369(14):1295-305. PubMed PMID: 24088091. Pubmed Central PMCID: PMC3954096. Epub 2013/10/04. eng.
38. 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.
39. 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.
40. Wallace RL, Schiffrin 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.
41. 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.
42. 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.
43. Westgren M, Dolfen 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. Masselli G, Brunelli R, Casciani E, Poletti 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.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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>.
55. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstetrics and gynecology. 2010 Dec;116(6):1281-7. PubMed PMID: 21099592. Pubmed Central PMCID: PMC3660040. Epub 2010/11/26. eng.
56. Rossi AC, Mullin P, Prefumo F. Prevention, management, and outcomes of macrosomia: a systematic review of literature and meta-analysis. Obstetrical & gynecological survey. 2013 Oct;68(10):702-9. PubMed PMID: 25101904. Epub 2014/08/08. eng.
57. Calvert C, Ronsmans C. HIV and the risk of direct obstetric complications: a systematic review and meta-analysis. PloS one. 2013;8(10):e74848. PubMed PMID: 24124458. Pubmed Central PMCID: PMC3790789. Epub 2013/10/15. eng.
58. Elective caesarean-section versus vaginal delivery in prevention of vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. Lancet. 1999 Mar 27;353(9158):1035-9. PubMed PMID: 10199349. Epub 1999/04/13. eng.
59. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;3:CD004660. PubMed PMID: 22419296. Pubmed Central PMCID: PMC4171389. Epub 2012/03/16. eng.
60. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1--a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. The New England journal of medicine. 1999 Apr 1;340(13):977-87. PubMed PMID: 10099139. Epub 1999/04/01. eng.
61. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal. Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Uptodate 2015. <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>. 2015.
62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. Clemens SAC FC. Soroprevalência de anticorpos contra vírus herpes simples 1-2 no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2010;44(4).
66. 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.



67. 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.
68. 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.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. 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.
74. 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.
75. Hopkins L SF. Antibiotic prophylaxis regimens and drugs for cesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001 (12).
76. Wilkinson CS EM. Manual removal of placenta at caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003 (12).
77. Allaire AD, Fisch J, McMahon 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.
78. 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.
79. 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.
80. 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.
81. 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.
82. Dekker GA, Chan A, Luke CG, Priest K, Riley M, Halliday J, et al. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population-based cohort study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2010 Oct;117(11):1358-65. PubMed PMID: 20716251. Epub 2010/08/19. eng.



83. 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 gynécologie, obstétrique 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 césarienne programmee en cas d'antecedent de césarienne. fre.
84. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS medicine*. 2012;9(3):e1001192. PubMed PMID: 22427749. Pubmed Central PMCID: PMC3302845. Epub 2012/03/20. eng.
85. Rozen G, Ugoni AM, Sheehan PM. A new perspective on VBAC: a retrospective cohort study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 2011 Mar;24(1):3-9. PubMed PMID: 20447886. Epub 2010/05/08. eng.
86. Haumonte JB, Raylet M, Sabiani L, Franke O, Bretelle F, Boubli L, et al. [Predictive factors for vaginal birth after cesarean section]. *Journal de gynécologie, obstétrique 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.
87. 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 gynécologie, obstétrique 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.
88. Schmitz T. [Particular maternal or fetal clinical conditions influencing the choice of the mode of delivery in case of previous cesarean]. *Journal de gynécologie, obstétrique 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 césarienne. fre.
89. Jastrow N, Chaillet N, Roberge S, Morency AM, Lacasse Y, Bujold E. Sonographic lower uterine segment thickness and risk of uterine scar defect: a systematic review. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*. 2010 Apr;32(4):321-7. PubMed PMID: 20500938. Epub 2010/05/27. eng.
90. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstetrics and gynecology*. 2001 Feb;97(2):175-7. PubMed PMID: 11165577. Epub 2001/02/13. eng.
91. Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA, Jr., Chan K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*. 2002 Jan;99(1):41-4. PubMed PMID: 11777508. Epub 2002/01/05. eng.
92. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstetrics and gynecology*. 2010 May;115(5):1003-6. PubMed PMID: 20410775. Epub 2010/04/23. eng.
93. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and uterine rupture. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002 Nov;187(5):1199-202. PubMed PMID: 12439503. Epub 2002/11/20. eng.
94. Rochelson B, Pagano M, Conetta L, Goldman B, Vohra N, Frey M, et al. Previous preterm cesarean delivery: identification of a new risk factor for uterine rupture in VBAC candidates. *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*. 2005 Nov;18(5):339-42. PubMed PMID: 16390795. Epub 2006/01/05. eng.
95. Stamilio DM, DeFranco E, Pare E, Odibo AO, Peipert JF, Allsworth JE, et al. Short interpregnancy interval: risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*. 2007 Nov;110(5):1075-82. PubMed PMID: 17978122. Epub 2007/11/06. eng.
96. 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 gynécologie, obstétrique 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.



97. 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.
98. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *The New England journal of medicine*. 2004 Dec 16;351(25):2581-9. PubMed PMID: 15598960. Epub 2004/12/16. eng.
99. Deruelle P, Lepage J, Depret S, Clouqueur E. [Induction of labor and intrapartum management for women with uterine scar]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2012 Dec;41(8):788-802. PubMed PMID: 23142358. Epub 2012/11/13. Mode de déclenchement du travail et conduite du travail en cas d'uterus cicatriciel. fre.
100. Jozwiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2013;3:CD009792. PubMed PMID: 23543582. Epub 2013/04/02. eng.
101. Lidegaard O, Jensen LM, Weber T. Technology use, cesarean section rates, and perinatal mortality at Danish maternity wards. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 1994 Mar;73(3):240-5. PubMed PMID: 8122506. Epub 1994/03/01. eng.
102. O'Driscoll K, Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. *Obstetrics and gynecology*. 1983 Jan;61(1):1-5. PubMed PMID: 6823339. Epub 1983/01/01. eng.
103. Minkoff HL, Schwarz RH. The rising cesarean section rate: can it safely be reversed? *Obstetrics and gynecology*. 1980 Aug;56(2):135-43. PubMed PMID: 7393501. Epub 1980/08/01. eng.
104. 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.
105. Kroll L, Twohey L, Daubeney PE, Lynch D, Ducker DA. Risk factors at delivery and the need for skilled resuscitation. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*. 1994 Jun 30;55(3):175-7. PubMed PMID: 7958161. Epub 1994/06/30. eng.
106. Eidelman AI, Schimmel MS, Bromiker R, Hammerman C. Pediatric coverage of the delivery room: an analysis of manpower utilization. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*. 1998 Mar-Apr;18(2):131-4. PubMed PMID: 9605304. Epub 1998/05/30. eng.
107. 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.
108. Gonzalez F, Juliano S. Is pediatric attendance necessary for all cesarean sections? *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2002 Mar;102(3):127-9. PubMed PMID: 11926690. Epub 2002/04/03. eng.
109. 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.
110. 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.
111. Thomas J, Paranjothy S, James D. National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004 Mar 20;328(7441):665. PubMed PMID: 15023829. Pubmed Central PMCID: PMC381217. Epub 2004/03/17. eng.
112. Ministério da Saúde do Brasil, Portaria 371. 2014. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html.
113. 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.
114. 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.
115. McClellan MS, Cabianca 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.



116. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. The Cochrane database of systematic reviews. 2012;8:CD003248. PubMed PMID: 22895933. Epub 2012/08/17. eng.
117. 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.
118. Papile LA, Burstein J, Burstein R, Koffler H. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: a study of infants with birth weights less than 1,500 gm. The Journal of pediatrics. 1978 Apr;92(4):529-34. PubMed PMID: 305471. Epub 1978/04/01. eng.
119. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Evidence-based child health : a Cochrane review journal. 2014 Jun;9(2):303-97. PubMed PMID: 25404605. Epub 2014/11/19. eng.
120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. 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.
124. 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.
125. 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.
126. 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 CONSULTIVO, GRUPO ELABORADOR E REVISÃO EXTERNA

Grupo Consultivo

Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetras - ABENFO

Kelly Cristina Almeida Borgonove

Kleyde Ventura de Souza

Valdercy Herdy

Virginia Leismann Moretto

Agência Nacional de Saúde - ANS

Aline Monte de Mesquita

Jacqueline Torres

Karla S. Coelho

AMIL

Maria Elisa Cabanelas

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Eduardo André Viana Alves

Maria Angela da Paz

Benafran J. Bezerra

ARTEMIS

Raquel Almeida Marques

Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn

Iraci do Carmo de França

Associação Médica Brasileira - AMB

Antonio Jorge Salomão

Cochrane Brasil

Maria Regina Torloni

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC

Clarice Alegre Petramale

**Conselho Federal de Enfermagem – Cofen**

Maria do Rosario de Fatima B. Sampaio

Conselho Federal de Medicina – CFM

Almerindo Brasil de Sousa

Antonio Jorge Salomão

Roberto Magliano de Moraes

Conselho Nacional de Saúde - CNS

Maria do Espírito Santo dos Santos

Coordenação Geral de Saúde do Adolescente – Ministério da Saúde

Maria da Guia

Coordenação Geral de Saúde das Crianças e Aleitamento Materno – Ministério da Saúde

Ana Paula da Cruz

Mariane Curado Borges

Paulo V. Bonilha Almeida

Tatyana Coimbra

Coordenação Geral de Saúde dos Homens - Ministério Da Saúde

Michelle Leite da Silva

Coordenação Geral de Saúde das Mulheres - Ministério da Saúde

Amanda F. de Vico

Camilla Schneck

Maria Esther de Albuquerque Vilela

Sonia Lansky

Departamento de Ciência e Tecnologia – Ministério da Saúde

Betânia Leite

Dayane Gabriele A. Silveira

Nathan Mendes

Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias no SUS – Ministério da Saúde

Ana Carolina de F. Lopes

Aline S. Silva

Ávila Teixeira Vidal

Jorgiany Emerick Ebeidalla



Roberta Buarque Rabelo

Tacila Pires

Vania C. Canuto Santos

FEBRASGO

Etelvino de Souza Trindade

Sérgio Hecker Luz

Federação Brasileira de Hospitais

Eduardo de Oliveira

João Henrique Araujo Fernandes

Walter Lyrio do Valle

FENASAÚDE

Mauro Blini

Vera Queiros Sampaio de Souza

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Ensp/Fiocruz

Maria da Guia Leal

Maria Helena Bastos

GEAP

Fernando Santos

Luciana Rodriguez Teixeira

Silvana Souza Lima da Silva

Hospital Albert Einstein

Eduardo Cordioli

Instituto Fernandes Figueiras – Fiocruz

Maria do Carmo Leal

Organização Pan Americana de Saúde – OPAS/OMS

Rodolfo Gomes

Parto do Princípio

Denise Yoshie Niy

Deborah Rachel A. Delage Silva

**REHUNA**

Daphne Rattner

Ricardo H. Jones

Sociedade Brasileira de Pediatria

Dennis Burns

UNIMED

Amílcar José Ribeiro Carvalho

Jeyner Valério Junior

Paulo Tarcísio Pinheiro da Silva

Grupo Elaborador

João Paulo Souza (Coordenador) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP

Giordana Campos Braga - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP

Melania Amorim - Universidade Federal de Campina Grande e Instituto de Medicina Integral

Professor Fernando Figueira/ IMIP

Sérgio Marba – Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP e Coordenação Geral de Saúde das Criança e Aleitamento Materno

Revisores Externos

Marcos Dias - Instituto Fernandes Figueiras/ Fiocruz

Renato Passini - Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP

Rodolfo Pacagnella - Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP



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 oligohidrânio?

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

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

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?

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

(Este Capítulo relaciona-se à 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 cesariana? 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 cesariana? 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 cesariana? O modelo de remuneração por procedimento está associado ao aumento das taxas de cesariana? O pagamento por desembolso direto ao profissional está associado ao aumento das taxas de cesariana? O modelo de pagamento por desempenho está associado a redução das taxas de cesariana? O modelo de pagamento por salário fixo mensal está associado a redução da taxa de cesariana?

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

1. As gestantes devem receber informações baseadas em evidência e apoio para que realizem decisões informadas sobre o parto? Quem deve oferecer estas informações?
2. Qual o conteúdo e formato destas informações?
3. Deve ser obtido um consentimento informado? Quem deve obter o consentimento informado? Em que momento o consentimento informado deve ser obtido?
4. Quais informações devem ser discutidas com a mulher na obtenção do consentimento informado?

Capítulo 2 - Cesariana programada

5. 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?
6. 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?
7. 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?
8. 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?



9. 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?
10. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para gestantes com fetos pequenos para a idade gestacional?
11. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres cujos fetos têm placentas centro-total ou centro-parcial?
12. Na ausência de outras indicações, a operação cesariana deve ser oferecida para mulheres cujos fetos têm placentas baixas (não centro-totais ou centro-parciais)?
13. 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?
14. 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?
15. Quais são as intervenções disponíveis para mulheres com acretismo placentário?
16. 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?
17. 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?
18. 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?



19. 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?
20. 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?
21. 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?
22. 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?
23. Quais intervenções devem ser realizadas para reduzir a ocorrência de infecção operatória na cesariana?

Capítulo 4 – Parto vaginal com cesariana prévia

24. A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com uma cesariana prévia?
25. A operação cesariana deve ser oferecida de rotina para mulheres com duas ou mais cesarianas prévias?
26. As mulheres com duas ou mais cesarianas prévias podem ter um parto vaginal subsequente?
27. A operação cesariana deve ser realizada em mulheres com uma ou mais operações cesarianas prévias e que solicitem nova operação cesariana?
28. Como proceder caso uma mulher com CS prévia solicite uma nova CS?



29. 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?
30. Deve-se oferecer às mulheres com operação cesariana prévia a realização de algum exame subsidiário antes da definição da via de parto?
31. O intervalo interpartal é útil para informar a decisão sobre a via de parto em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias?
32. Existe um número máximo de cesarianas prévias que seja compatível com parto vaginal seguro?
33. Qual deve ser o profissional preferencial para assistência ao trabalho de parto e parto de gestantes com uma cesariana prévia?
34. Qual o local onde se deve assistir ao trabalho de parto e parto de uma gestante com uma cesariana prévia?
35. Existe algum cuidado adicional ou peculiaridade na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de gestantes com uma cesariana prévia?
36. 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)

37. 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?
38. Algum cuidado especial em termos de proteção térmica ao recém-nascido através da operação cesariana?
39. Contato pele a pele precoce deve ser instituído?
40. 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)?



41. 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

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