

Helena Borges Martins da Silva Paro
Renata Rodrigues Catani

INDICAÇÕES DE CESÁREA

Protocolo Assistencial do
Hospital de Clínicas de Uberlândia

2019

Helena Borges Martins da Silva Paro

Renata Rodrigues Catani

INDICAÇÕES DE CESÁREA

Protocolo Assistencial do Hospital de Clínicas de Uberlândia



Organização e Elaboração

Helena Borges Martins da Silva Paro

Renata Rodrigues Catani

Revisão técnica

Mary Angela de Meneses Sanches

Vítor Silva Rodrigues

Distribuição e Informação

EDUFU – Editora da Universidade Federal de Uberlândia

Av. João Naves de Ávila, 2121, bloco 1S

Campus Santa Mônica

Cep 38.400-902

Uberlândia, MG

Projeto gráfico, editoração e capa

Eduardo Warpechowski

Ficha catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

P257I Paro, Helena Borges Martins da Silva.
Indicações de cesárea: Protocolo Assistencial do Hospital de
Clínicas de Uberlândia / Helena Borges Martins da Silva Paro, Renata
Rodrigues Catani. Uberlândia : EDUFU, 2019.
35 p. : il.

DOI 10.14393/FAMED-Protocolo003-2019.

1. Ciências médicas. 2. Parto (Obstetrícia). I. Catani, Renata
Rodrigues. II. Universidade Federal de Uberlândia. Hospital de
Clínicas. III. Título

CDU: 61

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947

Sumário

4	Resumo das recomendações
	A. Indicações de cesárea eletiva
	B. Cesárea a pedido
	C. Indicações de cesárea intraparto/emergência
5	Escopo e objetivos
6	Profissionais-alvo deste protocolo
7	Métodos para elaboração deste protocolo
	1) Elaboração do escopo e das questões a serem respondidas
	2) Pesquisa das diretrizes nas bases de dados
8	3) Análise da qualidade das diretrizes selecionadas
	4) Seleção das diretrizes a serem utilizadas
9	5) Elaboração das recomendações por meio de consenso
10	6) Redação das recomendações
	7) Revisão externa
11	A. Indicações de cesárea eletiva
14	B. Cesárea a pedido
15	C. Indicações de cesárea intraparto/emergência
19	Monitoramento e avaliação da implementação deste protocolo
20	Data prevista para revisão deste protocolo
21	Referências
24	Anexos
33	Declaração de conflitos de interesses

Resumo das recomendações

A. Indicações de cesárea eletiva

A maioria das indicações de cesárea é relativa e deve ser individualizada.

- | | |
|--|---|
| A.1 Placenta prévia/acreta/vasa prévia | A.5 Duas ou mais cesáreas anteriores |
| A.2 Apresentação pélvica/córmica | A.6 Gemelaridade, primeiro gemelar não-cefálico |
| A.3 Infecção por HIV | A.7 Macrosomia fetal |
| A.4 Infecção por HSV | |

B. Cesárea a pedido

- **Não** realizar antes da 40^a semana
- Informação verbal detalhada, assinatura do termo de consentimento informado

C. Indicações de cesárea intraparto/emergência

- | | |
|--|--|
| C.1 Descolamento prematuro de placenta | C.4 Falha de progressão do parto |
| C.2 Vasa prévia | C.5 Anormalidades da frequência cardíaca fetal |
| C.3. Prolapso de cordão | |

Escopo e objetivos

Objetivos deste protocolo

Objetivos gerais

- Sintetizar as evidências científicas disponíveis nas principais diretrizes relacionadas a indicações de cesárea em situações eletivas e em situações de urgência/emergência;
- Adaptar as recomendações das principais diretrizes relacionadas a indicações de cesárea em situações eletivas e em situações de urgência/emergência à realidade do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Objetivos específicos

- Uniformizar e padronizar as indicações de cesárea no Hospital de Clínicas de Uberlândia;
- Valorizar as práticas baseadas em evidências científicas entre os profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Escopo do protocolo

Indicações de cesárea em situações eletivas, a pedido e em situações de urgência/emergência.

Os aspectos procedimentais relacionados à cesárea (classificação de urgência, avaliação pré-cirúrgica, anestesia/analgesia, técnica cirúrgica) **não** são escopo deste documento e serão tratados em protocolo distinto.

Profissionais-alvo deste protocolo

- Todos profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia envolvidos com a assistência à gestante no momento do nascimento: médicas(os) obstetras, pediatras, neonatologistas, anesthesiologistas, enfermeiras(os) obstétricas(os), enfermeiras(os) assistenciais, técnicas(os) de enfermagem;
- Todos os profissionais em processo de formação no Hospital de Clínicas de Uberlândia, envolvidos diretamente na assistência à gestante no momento do nascimento: especializandas(os) e residentes de programas de pós-graduação relacionados à área da Saúde Materno-Infantil (Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia, Anestesiologia, Enfermagem Obstétrica).

Métodos para elaboração deste protocolo

O processo de elaboração deste protocolo seguiu as seguintes etapas: 1) elaboração do escopo e das questões a serem respondidas; 2) pesquisa de diretrizes clínicas nas bases de dados; 3) análise da qualidade das diretrizes selecionadas; 4) seleção das diretrizes a serem utilizadas; 5) elaboração das recomendações por meio de consenso; 6) redação das recomendações; 7) revisão externa.

1) Elaboração do escopo e das questões a serem respondidas

O escopo e as questões a serem respondidas foram elaboradas em reunião com representantes da equipe do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (equipe médica e de enfermagem). As questões clínicas a serem respondidas por este protocolo são:

- Quais são as indicações absolutas e relativas de cesárea eletiva?
- Quais são as indicações de cesárea em situações de urgência/emergência?
- Qual é a idade gestacional mínima para a realização da cesárea a pedido materno?
- Quais são os procedimentos ético-legais necessários para a realização da cesárea a pedido materno?
- Quais intervenções direcionadas aos profissionais de saúde são eficazes para reduzir o número de cesáreas desnecessárias?

2) Pesquisa das diretrizes nas bases de dados

A pesquisa de diretrizes relevantes às perguntas deste protocolo foi realizada por meio de busca sistemática na base de dados *Tripdatabase* (<https://tripdatabase.com>) com os termos “cesarean”, “cesarean section” e “guidelines”. Foram critérios de inclusão para este protocolo: diretrizes clínicas publicadas em português ou inglês no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2019. Fontes adicionais foram buscadas nas seguintes bases de dados e sítios eletrônicos: *National Institute for Health and Clinical Excellence* (<https://www.nice.org.uk/>), *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (<https://www.sign.ac.uk/>), *World Health Organization* (<https://www.who.int/publications/guidelines/en/>), *American College of Obstetricians*

and Gynecologists (<https://www.acog.org/>), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (<https://www.rcog.org.uk/>), Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (<https://sogc.org/>) e Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) (<http://conitec.gov.br/>).

A estratégia de busca no *Tripdatabase* recuperou 155 diretrizes clínicas. Após rastreamento e análise dos títulos e resumos das diretrizes e exclusão de duplicações, seis diretrizes¹⁻⁶ preencheram os critérios de inclusão. Outras 15 diretrizes foram adicionadas a partir da pesquisa nas bases de dados e sítios eletrônicos adicionais⁷⁻²¹ (ANEXO I).

3) Análise da qualidade das diretrizes selecionadas

As diretrizes selecionadas foram avaliadas por duas avaliadoras independentes por meio do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation* (AGREE II). O instrumento consiste de 23 itens, com resposta em escala tipo *Likert* de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os itens são distribuídos em seis domínios (Escopo e finalidade, Envolvimento das partes, Rigor do desenvolvimento, Clareza da apresentação, Aplicabilidade e Independência editorial). Os escores são transformados em porcentagens. Há, ainda, um item para avaliação da qualidade global da diretriz e um item para a recomendação final do avaliador (sim / sim com modificações / não)²².

4) Seleção das diretrizes a serem utilizadas

Os escores do AGREE II de cada diretriz analisada estão descritos no Anexo II deste protocolo. As 14 diretrizes com recomendação de uso foram:

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Obstetric Care Consensus No. 1: Safe Prevention of the primary Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2014; 123(3):693-711.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin: External Cephalic Version. *Obstet Gynecol* 2016; 127(2):e54-e61.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol* 2016; 128(4):e131-e146.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Cesarean section. NICE Clinical Guideline. London: RCOG, 2011.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline. London, 2014.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Antepartum Haemorrhage. Green-top Guideline No. 63. London: RCOG, 2011.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Umbilical Cord Prolapse. Green-top Guideline No 50. London: RCOG, 2014.

Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Management of Breech Presentation. BJOG 2017; 124: e151–e177.

Kilby MD, Bricker L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Management of monochorionic twin pregnancy. BJOG 2016; 124:e1–e45

Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL et al. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27a. BJOG 2018: e1-e48.

Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Burton GJ, Collins SL, Silver R on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Vasa praevia: diagnosis and management. Green-top Guideline No. 27b. BJOG 2018: e50-e61.

World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: WHO, 2018.

5) Elaboração das recomendações por meio de consenso

As recomendações relacionadas às perguntas clínicas do protocolo foram elaboradas em reuniões com a equipe (médica e de enfermagem) do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Os participantes das reuniões entraram em consenso acerca das recomendações iniciais por meio de técnicas informais.

6) Redação das recomendações

As autoras responsáveis pela elaboração e coordenação do protocolo redigiram as recomendações deliberadas nas reuniões de equipe.

7) Revisão externa

Este protocolo foi revisado por dois enfermeiros (uma enfermeira obstétrica) vinculados à Direção do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (equipe de revisão técnica).

A. Indicações de cesárea eletiva^{2,4,12}

A maioria das indicações de cesárea é relativa e deve ser individualizada.

A.1 Placenta prévia/acreta/vasa prévia	A.5 Duas ou mais cesáreas anteriores
A.2 Apresentação pélvica/córmica	A.6 Gemelaridade, primeiro gemelar não-cefálico ou gestação monoamniótica
A.3 Infecção por HIV	
A.4 Infecção por HSV	A.7 Macrossomia fetal

∴ É necessário, após a informação verbal detalhada, apresentar e obter a assinatura do termo institucional de consentimento informado para cesárea com indicação clínica (recomendação local) (ANEXO IV).

A.1 Placenta prévia/acreta/vasa prévia^{12,20,21}

A cesárea deve ser oferecida para pacientes com **placenta prévia centro-total ou centro parcial**.

∴ Programar cesárea para gestantes com acretismo placentário. Avaliar o comprometimento de estruturas adjacentes (percreta e increta) para definir idade de interrupção (geralmente, recomenda-se a interrupção da gravidez entre 35 e 36 semanas²⁰). Solicitar a reserva de sangue.

Na presença de diagnóstico de **vasa prévia** no terceiro trimestre*, programar cesárea entre 34 e 36 semanas de gravidez²¹.

A.2 Apresentação pélvica/córmica^{12,18}

Para mulheres com feto em apresentação pélvica sem cesárea anterior**, oferecer versão cefálica externa (VCE) a partir da 36ª semana^{12,18}.

∴ Em caso de insucesso ou de recusa da paciente em realizar a VCE, se a paciente desejar cesárea, programar a interrupção eletiva da gravidez a partir da 40ª semana (recomendação local) ou após o início do trabalho de parto^{12,18}.

* Não se recomenda o rastreamento universal de vasa prévia na rotina pré-natal²¹

** A versão cefálica externa em mulheres com cesárea anterior não parece oferecer maior risco do que em mulheres sem cicatriz uterina (Impey et al., 2017).

- ∴ Gestantes com feto em apresentação pélvica que desejarem parto vaginal podem ser acompanhadas por equipe com experiência em parto pélvico, mediante assinatura de termo de consentimento informado^{12,18}.

A.3 Infecção por HIV ¹²

- ∴ Programar cesárea na 38^a semana para pacientes com diagnóstico de HIV sem tratamento antirretroviral e/ou carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias virais, a fim de evitar transmissão vertical, prematuridade iatrogênica, ruptura prematura de membranas e o trabalho de parto.

A.4 Infecção por vírus Herpes simples (HSV) ^{4,12}

- ∴ Programar cesárea para paciente com infecção ativa por herpes simples, com diagnóstico de infecção viral primária no terceiro trimestre ou infecção ativa (primária ou recorrente) no momento do parto.

A.5 Duas ou mais cesáreas anteriores ¹²

- ∴ A via de parto para pacientes com duas cesáreas anteriores deve ser individualizada. Após esclarecimento sobre riscos e benefícios do parto vaginal e da cesárea e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, a paciente poderá fazer a opção pelo via de parto vaginal.
- ∴ Para a paciente que optar pela cesárea, após esclarecimentos sobre riscos e benefícios, programar a interrupção eletiva da gravidez a partir da 40^a semana ou após o início do trabalho de parto (recomendação local).

A.6 Gemelaridade ^{4,10,12,19}

- ∴ Programar cesárea para mulheres com gestação gemelar em que o **primeiro feto** esteja **em apresentação não cefálica**.
- ∴ Programar cesárea para mulheres com gestação gemelar **monoamniótica** para evitar complicações de cordão relacionados ao segundo gemelar^{10,19}.
- ∴ Quando o primeiro feto está cefálico, aguardar a evolução natural do trabalho de parto.

- ∴ Pacientes com previsão de parto antes da 36ª semana, programar corticoterapia até 34 semanas + 6 dias.

A.7 Macrosomia fetal ²

- ∴ Em mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, a cesárea pode ser indicada para fetos com estimativa de peso em ultrassonografia maior que 4500g.
- ∴ Em mulheres sem diagnóstico de diabetes mellitus gestacional, a cesárea pode ser indicada para fetos com estimativa de peso em ultrassonografia maior que 5000g.
- ∴ A ultrassonografia não deve ser solicitada em pacientes de baixo risco no terceiro trimestre gestacional para estimativa de peso fetal.

B. Cesárea a pedido

Não existem evidências suficientes para recomendar a cesárea a pedido ou o parto vaginal para mulheres com preferência para cesárea sem indicação clínica¹⁵. As recomendações a seguir foram baseadas em opiniões de especialistas:

- ∴ A gestante que fizer a solicitação de cesárea antes do trabalho de parto ativo **NÃO** poderá ser submetida ao procedimento antes da 40ª semana. Os riscos e benefícios da cesárea devem ser discutidos preferencialmente no pré-natal, por equipe multiprofissional (recomendação local).
- ∴ A equipe de saúde não deve incentivar e deve desmotivar a cesárea sem indicação materno-fetal por meio de orientação sobre os riscos e benefícios da cirurgia, principalmente se a paciente desejar outras gravidezes¹¹.
- ∴ As mulheres com preferência para cesárea sem indicação clínica devem ser orientadas quanto ao risco aumentado de placenta prévia/acreta e histerectomia puerperal em cesáreas subsequentes¹¹.
- ∴ Se a motivação da cesárea for o medo da dor, orientar sobre a possibilidade de analgesia de parto e de métodos não-farmacológicos para o alívio da dor¹¹.
- ∴ Se necessário, encaminhar para avaliação psicológica individualizada (recomendação local).
- ∴ É necessário, após a informação verbal detalhada, apresentar e obter a assinatura do termo institucional de consentimento informado para cesárea a pedido (recomendação local) (ANEXO IV).
- ∴ O obstetra que se recusa a realizar a cesárea sem indicação clínica (a pedido materno) deve referenciar a gestante a outro profissional que realize o procedimento⁴.

C. Indicações de cesárea intraparto/emergência

C.1 Descolamento prematuro de placenta	C.4 Falha de progressão do parto
C.2 Vasa prévia	C.5 Anormalidades da frequência cardíaca fetal
C.3 Prolapso de cordão	

C.1 Descolamento prematuro de placenta (DPP)¹⁶

∴ Nos casos de DPP com feto morto e estabilidade materna, o parto vaginal é recomendado.

∴ Nos casos de sangramento anteparto, com suspeita de DPP e comprometimento materno-fetal, a via de parto sugerida é cesárea.

∴ Nos casos de sangramento anteparto, sem diagnóstico estabelecido e sem comprometimento materno-fetal, intensificar a vigilância materno-fetal com ausculta intermitente a cada 15 minutos e dados vitais maternos a cada hora.

C.2 Vasa prévia²¹

∴ Cesárea de emergência e medidas de ressuscitação neonatal são essenciais para o manejo de mulheres com vasa prévia diagnosticada no parto ou na ruptura de membranas.

∴ Solicitar exame anatomopatológico da placenta para confirmação do diagnóstico de vasa prévia, especialmente quando há natimorto ou comprometimento fetal agudo.

C.3 Prolapso de cordão¹⁷

∴ Para prevenção do prolapso de cordão, não realizar amniotomia sem indicação clínica.

∴ Em casos de parto não iminente, a via indicada é a cesárea. Deve-se elevar manualmente a apresentação fetal, orientar o decúbito lateral, avaliar necessidade de tocolise e esvaziamento vesical.

∴ Em casos de parto iminente (paciente com dilatação total e condições para aplicação de fórceps ou vácuo-extrator), é indicado o parto vaginal assistido (fórceps ou vácuo-extrator).

C.4 Falha de progressão do parto^{2,4,13}

C.4.1 Primeira fase clínica do trabalho de parto (ANEXO III)

A indicação de cesárea por falha na progressão deve ser realizada a partir do uso judicioso do partograma, quando ultrapassada a linha de ação (traçada 4 horas após diagnóstico de trabalho de parto) e após realização das medidas necessárias para correções das distocias.

∴ Para o diagnóstico de falha de progressão no trabalho de parto, considerar os vários aspectos da evolução do trabalho de parto, incluindo:

- dilatação cervical menor que 2 cm em 4 horas (para primíparas e múltíparas);
- descida e rotação do pólo cefálico;
- mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

∴ Diante da suspeita de falha de progressão na primeira fase do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras.

∴ Realizar exame vaginal após 2 horas para confirmar falha de progressão. O diagnóstico é confirmado se a houver dilatação cervical menor do que 1 cm (independentemente da realização prévia de amniotomia).

∴ Oferecer ocitocina^{***} às mulheres com confirmação do diagnóstico de falha de progressão do trabalho de parto, após consentimento verbal da paciente. Informar as mulheres que a ocitocina aumentará a frequência e a intensidade das contrações e que o feto deverá ser monitorado continuamente (por meio de cardiotocografia) ou a cada 15 minutos (por meio de ausculta fetal intermitente).

*** Diluir 5UI de ocitocina em 500 mL de soro glicosado a 5% ou soro fisiológico a 0,9% e iniciar em bomba de infusão contínua a 12 mL/hora.

∴ Se a ocitocina for utilizada, assegurar que os incrementos* na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos. Aumentar a dose de ocitocina até haver pelo menos 4 contrações em 10 minutos.

* Aumentar 12 mL/hora a cada 30 minutos ou mais.

∴ Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina:

- Se a dilatação cervical for menor do que 2 cm após 4 horas, uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesárea.
- Se a dilatação cervical for maior do que 2 cm após 4 horas, seguir assistência ao parto, com exame vaginal a cada 4 horas.

A indicação de cesárea por falha de progressão da primeira fase do trabalho de parto deve ser reservada a mulheres com dilatação cervical maior ou igual a 6 cm, com bolsa rota, apesar da presença de contrações adequadas, ou pelo menos 6 horas de administração de ocitocina sem dilatação cervical².

C.4.2 Segunda fase clínica do trabalho de parto^{2,13}

∴ Para o manejo da falha de progressão do segundo período, deve-se considerar a paridade da paciente, conforme segue-se:

- Nulíparas:
 - Na maioria das mulheres, o parto deve ocorrer no prazo de 3 horas após o início da fase ativa do segundo período.
 - A confirmação de falha de progressão no segundo período deve ser feita quando esse durar mais de 2 horas. Nesse caso, a mulher deve ser encaminhada, ou ter assistência adicional solicitada, a médico treinado na realização de parto vaginal operatório (fórceps ou vácuo-extrator) se o nascimento não for iminente.
- Multíparas:
 - Na maioria das mulheres, o parto deve ocorrer no prazo de 2 horas após o início da fase ativa do segundo período.
 - A confirmação de falha de progressão no segundo período deve ser feita quando esse durar mais de 1 hora. Nesse caso, a mulher deve ser encaminhada, ou ter assistência adicional solicitada, a médico treinado

na realização de parto vaginal operatório (fórceps ou vácuo-extrator) se o nascimento não for iminente.

∴ Se houver prolongamento do segundo período do trabalho de parto, ou se a mulher estiver excessivamente estressada, promover medidas de apoio e encorajamento e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.

∴ Se as contrações forem inadequadas no início do segundo período, considerar o uso de ocitocina e realização de analgesia regional, para as nulíparas.

∴ Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas.

∴ Após a avaliação obstétrica inicial, manter a revisão a cada 15-30 minutos. A avaliação da vitalidade fetal por meio de ausculta fetal intermitente deverá permanecer a cada 5 minutos.

∴ Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período sob anestesia. Na impossibilidade do parto assistido (fórceps ou vácuo-extrator), uma revisão obstétrica adicional deve ser realizada para avaliar a necessidade de cesárea (recomendação local).

C.5 Anormalidades da Frequência Cardíaca Fetal (FCF)¹⁴

∴ Diante das alterações da FCF, iniciar manobras de reanimação intraparto:

1. Avaliar sinais vitais maternos;
2. Alterar a posição materna;
3. Solicitar ajuda – anestesista, pediatra, obstetra e equipe enfermagem;
4. Corrigir possíveis causas da alteração da FCF

Hipotensão: administrar líquidos

Hiperestimulação uterina: interromper ocitocina, tocólise

Febre materna: administrar anti-térmico

Descolamento prematuro de placenta: ver conduta em C.1

Prolapso de cordão: ver conduta em C.2

∴ Reavaliar a FCF por 3 contrações consecutivas.

∴ Na presença de bradicardia, não resolvida após 9 minutos de medidas de reanimação intrauterina, em mulheres com parto não iminente, realizar parto assistido (fórceps ou vácuo-extrator) ou cesárea, na impossibilidade de parto assistido.

Monitoramento e avaliação da implementação deste protocolo

A implementação das recomendações deste protocolo deve ser monitorada por meio de auditorias e avaliação dos seguintes indicadores⁶:

- Proporção de cesáreas indicadas por dois médicos-chefes do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia, verificadas por meio das assinaturas do “Checklist de indicação de cesárea” (ANEXO V) (razão do número de cesáreas indicadas com duas assinaturas no Checklist e do número total de cesáreas realizadas);
- Proporção de auditorias seguidas de feedback (individual ou coletivo) realizadas no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (razão do número de auditorias seguidas de feedback realizadas e do número total de cesáreas realizadas)

Data prevista para revisão deste protocolo

Este protocolo será considerado para revisão três anos após sua publicação (2022).

Referências

- [1] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 529: Placenta Accreta. *Obstet Gynecol* 2012; 120(1):207-11.
- [2] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Obstetric Care Consensus No. 1: Safe Prevention of the primary Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2014; 123(3):693-711.
- [3] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 751: Labor and Delivery Management of Women With Human Immunodeficiency Virus Infection. *Obstet Gynecol* 2018; 132(3):e131-e137.
- [4] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Cesarean section. NICE Clinical Guideline. London: RCOG, 2011.
- [5] Society of Gynaecologists and Obstetricians of Canada (SOGC). *J Obstet Gynaecol Can* 2018; 40(7):967-972.
- [6] World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva: WHO, 2018.
- [7] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 578: Elective Surgery and Patient Choice. *Obstet Gynecol* 2013; 122(5):1134-8.
- [8] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin: External Cephalic Version. *Obstet Gynecol* 2016; 127(2):e54-e61.
- [9] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 173: Fetal Macrosomia. *Obstet Gynecol* 2016; 128(5):e195-e209.
- [10] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol* 2016; 128(4):e131-e146.
- [11] American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion No. 761: Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol* 2019; 131(1):e73-7.
- [12] Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- [13] Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- [14] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline. London, 2014.

[15] National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement. Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6):1386-97.

[16] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Antepartum Haemorrhage. Green-top Guideline No. 63. London: RCOG, 2011.

[17] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Umbilical Cord Prolapse. Green-top Guideline No 50. London: RCOG, 2014.

[18] Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Management of Breech Presentation. *BJOG* 2017; 124: e151–e177.

[19] Kilby MD, Bricker L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Management of monochorionic twin pregnancy. *BJOG* 2016; 124:e1–e45.

[19] Kilby MD, Bricker L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of monochorionic twin pregnancy. *BJOG* 2016; 124:e1–e45.

[20] Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, Dornan S, Jurkovic D, Kayem G, Kingdom J, Silver R, Sentilhes L on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27a. *BJOG* 2018: e1-e48.

[21] Jauniaux ERM, Alfirevic Z, Bhide AG, Burton GJ, Collins SL, Silver R on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Vasa praevia: diagnosis and management. Green-top Guideline No. 27b. *BJOG* 2018: e50-e61.

[22] BROUWERS, M; KHO, M. E.; BROWNMANN, J. P.; BURGERS, J. S.; CLUZEAU, F.; FEDER, G. et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal* 2010, 182(18): e839-842.

Leitura recomendada

Burcher P, Gabriel JL, Campo-Engelstein L, Kiley KC. The case against cesarean delivery on maternal request in labor. *Obstet Gynecol* 2013;122(3):684–7.

Chervenak FA, McCullough LB. The professional responsibility model of obstetric ethics and caesarean delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013;27(2):153–64.

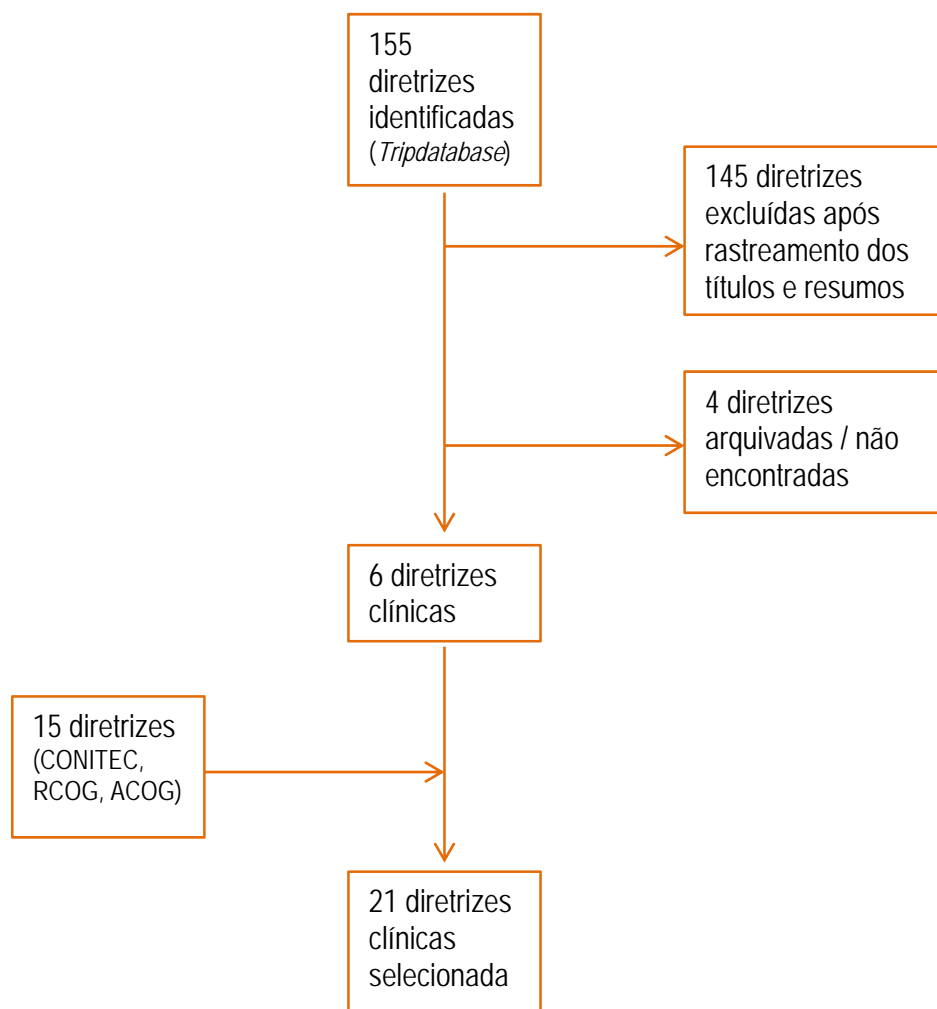
Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation. *BJOG* 2017; 124: e178–e192.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Obtaining valid consent. *Clinical Governance Advice* No. 6. London: RCOG, 2015.

Williams HO. The ethical debate of maternal choice and autonomy in cesarean delivery. Clin Perinatol 2008;35(2):455–462.

Anexo I

Figura 1. Resultados da estratégia de pesquisa nas bases de dados e fontes adicionais



Anexo II

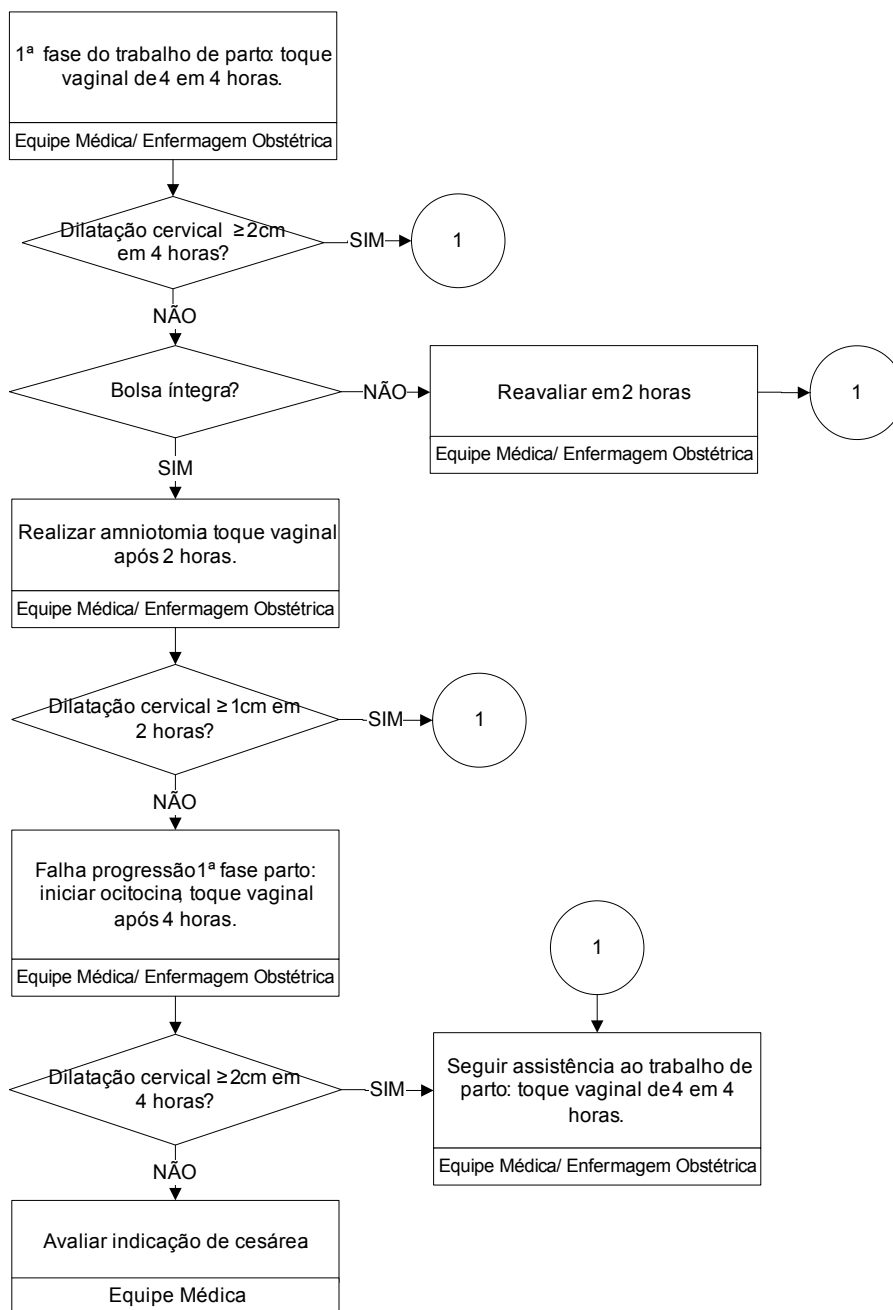
Tabela 1. Escores (%) das diretrizes clínicas selecionadas nos domínios do AGREE II

Diretrizes	Escopo e finalidade	Envolvimento das partes	Rigor do desenvolvimento	Clareza da apresentação	Aplicabilidade	Independência editorial	Avaliação global	Recomendação
ACOG (2014) ²	72	22	38	39	42	0	67	sim
ACOG (2016) ¹⁰	83	17	36	86	23	0	58	sim
ACOG (2016) ⁸	89	19	47	83	40	0	58	sim
BRASIL (2016) ¹²	94	35	78	92	4	38	83	sim
BRASIL (2016) ¹³	100	78	90	78	48	42	83	sim
RCOG (2011) ¹⁶	78	22	86	71	60	38	67	sim
RCOG (2014) ¹⁷	100	33	91	89	52	33	83	sim
RCOG (2017) ¹⁸	81	33	86	92	48	83	83	sim
RCOG (2017) ¹⁹	97	42	72	92	48	83	83	sim
RCOG (2018) ²¹	92	18	83	86	28	79	67	sim
RCOG (2018) ²⁰	67	31	87	92	50	83	92	sim
NICE (2011) ⁴	100	64	70	100	56	50	92	sim
NICE (2014) ¹⁴	97	97	92	94	69	33	100	sim
WHO (2018) ⁶	100	83	88	94	92	79	100	sim
ACOG (2012) ¹	17	6	13	86	15	0	25	não
ACOG (2013) ⁷	47	14	11	56	6	0	33	não
ACOG (2016) ⁹	78	17	31	89	15	0	50	não
ACOG (2018) ³	28	8	9	86	0	0	25	não
ACOG (2019) ¹¹	31	11	8	72	12	42	17	não
NIH (2006) ¹⁵	78	53	40	39	2	8	33	não
SOGC (2018) ⁵	31	14	16	72	4	33	25	não

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists; RCOG: Royal College of Obstetricians And Gynaecologists; NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence; WHO: World Health Organization; NIH: National Institutes of Health; SOGC: Society of Gynaecologists and Obstetricians of Canada

Anexo III

Figura 2. Falha na progressão da primeira fase do trabalho de parto



Anexo IV



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO CESÁREA COM INDICAÇÃO CLÍNICA

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, declaro ter sido informada sobre a necessidade de interrupção da gravidez por meio de cesárea devido à minha condição de saúde:

() **Placenta prévia/acreta.** Fui esclarecida de que ter a diagnóstico de placenta prévia significa ter a placenta localizada na parte inferior do útero, cobrindo parcialmente ou totalmente o colo uterino (a entrada do útero). Nesses casos, é indicada a cesárea programada, uma vez que a placenta oclui total ou parcialmente o colo do útero no momento do parto e o risco de hemorragia (sangramento excessivo) e morte do bebê é maior no trabalho de parto. O risco de hemorragia, transfusão de sangue e histerectomia (retirada do útero) é maior para as mulheres com o diagnóstico de placenta prévia do que para mulheres com outras indicações para a operação cesariana. Em casos raros, o diagnóstico de placenta prévia pode complicar com a chamada “placenta acreta”, que ocorre quando a placenta cresce para dentro dos músculos do útero. Isso torna a separação da placenta mais difícil no momento do parto, com maior risco de hemorragia grave e necessidade de histerectomia (retirada do útero) para conter o sangramento. Nos casos de placenta acreta, foi-me explicado que a cesárea é indicada entre a 34^a e 36^a semana da gravidez.

() **Vasa prévia.** Fui esclarecida de que vasa prévia é uma condição rara em que os vasos sanguíneos do bebê passam desprotegidos perto do colo do útero (abertura do útero). Esses vasos podem se romper durante o trabalho de parto ou quando a bolsa amniótica (bolsa das águas) se romper, o que pode ocasionar perda excessiva de sangue do bebê. Essa é uma condição grave, e, por isso, se há a suspeita de vasa prévia antes do trabalho de parto, foi-me explicado que a cesárea é indicada entre a 34^a e 36^a semana da gravidez.

() **Apresentação pélvica.** Fui esclarecida de que ter um bebê em apresentação pélvica significa que o bebê repousa sobre meu útero com as nádegas ou pés, ao invés de repousar com a cabeça para baixo, ou seja, o bebê está “sentado” no útero. Nesses casos, a cesárea diminui em 30% o risco à saúde do bebê, apesar de aumentar as chances de complicações para minha saúde, descritas abaixo. Declaro ter sido informada de que existem três opções para o nascimento do meu bebê nessa condição: 1. Tentar virar o bebê no útero para a posição de “cabeça para baixo” por meio de uma manobra denominada “versão cefálica externa”. Essa manobra diminui em 50% a chance de cesárea e suas complicações. 2. Planejar o parto cesáreo, se a versão cefálica externa não foi bem sucedida ou não foi realizada. 3. Planejar o parto vaginal na posição pélvica, desde que assistido por equipe médica com experiência em partos pélvicos.

Rubrica da paciente

Rubrica profissional

Rubrica profissional

() **Apresentação córmica.** Fui esclarecida de que ter um bebê em apresentação córmica significa que o bebê repousa sobre meu útero na posição horizontal, ficando com as nádegas, os ombros e a cabeça na mesma altura, ou seja, o bebê está “atravessado” no útero. Nesses casos, o parto vaginal é mais difícil e a cesárea é indicada para o nascimento do bebê, apesar de aumentar as chances de complicações para minha saúde, descritas abaixo.

() **Infecção pelo vírus HIV.** Fui esclarecida de que o vírus HIV é um tipo de vírus que impede o funcionamento adequado do sistema imune, o que dificulta o corpo a combater infecções. O vírus pode ser transmitido para o bebê por meio das secreções da vagina e, por isso, a cesárea pode ser uma maneira de prevenir a transmissão da infecção para meu bebê. Declaro que também fui devidamente esclarecida que é possível ter um parto vaginal mesmo com o diagnóstico de infecção pelo vírus HIV, dependendo do tipo de tratamento que utilizei durante o pré-natal e da contagem do vírus no meu sangue.

() **Infecção por Herpes Simples Vírus.** Fui esclarecida de que o Herpes Simples é um tipo de vírus que pode causar uma infecção caracterizada pelo aparecimento de pequenas bolhas agrupadas, principalmente na região dos lábios e da vagina. O vírus pode ser transmitido pelo contato direto das bolhas com a pele ou mucosa de uma pessoa não infectada. Dessa maneira, se as bolhas estão presentes na vagina durante o parto, o vírus pode ser transmitido ao bebê, o que pode trazer riscos à sua saúde. Entendi que a cesárea é indicada para evitar a transmissão da infecção para o bebê.

() **Duas ou mais cesáreas anteriores.** Fui esclarecida de que a cesárea pode ser indicada se eu tive duas mais cesáreas em gravidezes anteriores com o intuito de reduzir o risco de ruptura do útero. Entendi que se a cesárea for planejada, o risco de ruptura do útero é de 1 caso em 1.000 mulheres. Já no parto vaginal, esse risco é de 1 caso em 200 mulheres. No entanto, estou ciente de que quanto maior o número de cesáreas, a cirurgia pode ser mais difícil e resultar em lesões no intestino ou na bexiga. O risco de ter a placenta invadindo o músculo do útero (placenta acreta), de ter hemorragia grave e de precisar da retirada do útero (histerectomia) é maior quanto maior o número de cesáreas que tive anteriormente. Também entendi que o risco do meu bebê ter problemas respiratórios depois da cesárea é um pouco maior do que depois do parto vaginal (4 a 5 casos em 100 nascimentos na cesárea e 2 a 3 casos em 100 nascimentos no parto vaginal).

() **Gravidez gemelar, com primeiro gemelar não-cefálico.** Fui esclarecida de que no caso de gravidez de gêmeos, quando o primeiro bebê (o bebê mais próximo do colo do útero) não se apresenta na posição de “cabeça para baixo”, a cesárea geralmente é recomendada para diminuir riscos à saúde dos bebês.

() **Macrossomia fetal.** Fui esclarecida de que o termo “macrossomia fetal” é utilizado para bebês grandes, com estimativa de peso acima de 4,5 quilos. Estudos demonstram que a cesárea pode diminuir pela metade o risco de lesões de parto (mas não elimina o risco), como a “lesão de plexo braquial” (danos causados ao conjunto de nervos responsáveis pelos movimentos e sensações dos braços) decorrente de lesões nos ombros do bebê (distócia de ombros) durante o parto vaginal de bebês grandes.

Declaro ainda estar esclarecida dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (cesárea), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à minha saúde e à saúde do meu bebê, conforme descrito abaixo:

Estou ciente de que a cesárea é uma cirurgia, na qual são realizadas incisões (cortes) no abdome e no útero para o nascimento do bebê. A incisão (corte) é feita da pele à parede do abdome. Na cirurgia, os músculos

Rubrica da paciente

Rubrica profissional

Rubrica profissional

abdominais são separados e outra incisão (corte) é feita na parede do útero. Após o nascimento do bebê através das incisões (cortes), o cordão umbilical é cortado, a placenta é retirada e o útero é fechado com pontos que são absorvidos (se dissolvem) com o tempo. A parede abdominal também é fechada com pontos, que geralmente são retirados em quinze a vinte dias.

Para a realização da cirurgia, uma punção venosa é necessária para que eu receba fluidos (soro) e medicações por veia, tais como antibióticos para a prevenção de infecção. Também pode ser necessário o uso de uma sonda (tubo) na minha uretra (canal que leva a urina da bexiga ao meio externo) para diminuir a chance de lesão da bexiga durante a cirurgia. Estou ciente de que o procedimento será realizado no centro cirúrgico do hospital, com anestesia regional (raquianestesia ou peridural) ou geral, a critério da equipe de Anestesiologia.

Entendi que os riscos a minha saúde relacionados à cesárea incluem:

COMUNS – hematoma (13 casos em 100), infecção pós-parto grave (6 casos em 100), complicações anestésicas (5 casos em 100), parada cardíaca (2 casos em 100). Em gestações futuras, a cesárea aumenta a chance de localização anômala da placenta (placenta baixa ou placenta que invade o músculo do útero, bexiga ou cavidade abdominal) (de 3 casos em 1.000 a 7 casos em 100, dependendo do número de cesáreas repetidas), o que pode requerer histerectomia (retirada do útero) após a segunda cesárea, impedindo-me de ter mais filhos. **INCOMUNS:** histerectomia (retirada do útero) (6 casos em 1.000), tromboembolismo venoso (coágulos de sangue nas pernas, órgãos pélvicos ou pulmões) (6 casos em 1.000).

Em relação aos riscos para meu bebê, estou ciente de que há chance de desconforto respiratório (dificuldade do bebê respirar) (21 casos em 1.000), de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal (até 13 casos em 1.000) e de doenças crônicas na vida adulta, como asma, artrite juvenil, doenças intestinais e leucemia (eventos raros – até 1 caso em 10.000).

Declaro ainda fui esclarecida por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros e/ou psicólogos). Entendi o que me foi explicado e **CONSINTO**, de forma livre e esclarecida, a interrupção da gestação atual por **CESÁREA**. Autorizo a equipe do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU/UFU) a realizar os procedimentos necessários.

Uberlândia/MG, _____ de _____ de 201____.

Assinatura: _____

Nome: _____

Identificação (RG ou CPF): _____

(Paciente ou responsável legal)

A paciente encontra-se em condições físicas, psicológicas e emocionais para expressar seu consentimento.

Assinatura: _____

Carimbo ou nome e número do conselho

Assinatura: _____

Carimbo ou nome e número do conselho

Rubrica da paciente

Rubrica profissional

Rubrica profissional



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CESÁREA A PEDIDO

Por meio deste instrumento eu, _____, documento de identificação tipo _____, nº _____ registro hospitalar nº _____ e/ou meu representante legal/responsável _____, documento de identificação tipo _____, nº _____, em conformidade com a RESOLUÇÃO CFM Nº 2.144/2016, exerço o direito de escolha pela interrupção da gestação por cesárea de forma livre, consciente e informada.

Declaro ainda estar esclarecida dos procedimentos médicos que serão adotados durante a realização da intervenção (cesárea), bem como dos desconfortos e riscos possíveis à minha saúde e à saúde do meu bebê, conforme descrito abaixo:

Estou ciente de que a cesárea é uma cirurgia, na qual são realizadas incisões (cortes) no abdome e no útero para o nascimento do bebê. A incisão (corte) é feita da pele à parede do abdome. Na cirurgia, os músculos abdominais são separados e outra incisão (corte) é feita na parede do útero. Após o nascimento do bebê através das incisões (cortes), o cordão umbilical é cortado, a placenta é retirada e o útero é fechado com pontos que são absorvidos (se dissolvem) com o tempo. A parede abdominal também é fechada com pontos, que geralmente são retirados em quinze a vinte dias.

Para a realização da cirurgia, uma punção venosa é necessária para que eu receba fluidos (soro) e medicações por veia, tais como antibióticos para a prevenção de infecção. Também pode ser necessário o uso de uma sonda (tubo) na minha uretra (canal que leva a urina da bexiga ao meio externo) para diminuir a chance de lesão da bexiga durante a cirurgia. Estou ciente de que o procedimento será realizado no centro cirúrgico do hospital, com anestesia regional (raquianestesia ou peridural) ou geral, a critério da equipe de Anestesiologia.

Entendi que os riscos relacionados à cesárea incluem:

COMUNS – hematoma (13 casos em 100; cinco vezes mais frequente na cesárea do que no parto vaginal), infecção pós-parto grave (6 casos em 100; três vezes mais frequente na cesárea do que no parto vaginal), complicações anestésicas (5 casos em 100; duas vezes mais frequente na cesárea do que no parto vaginal), parada cardíaca (2 casos em 100; cinco vezes mais frequente na cesárea do que no parto vaginal). Em gestações futuras, a cesárea aumenta a chance de localização anômala da placenta (placenta baixa ou placenta que invade o músculo do útero, bexiga ou cavidade abdominal) (de 3 casos em 1.000 a 7 casos em 100, dependendo do número de cesáreas repetidas), o que pode requerer histerectomia (retirada do útero) após a segunda cesárea, impedindo-me de ter mais filhos.

INCOMUNS: histerectomia (retirada do útero) (6 casos em 1.000; três vezes mais frequente na cesárea

Rubrica da paciente

Rubrica profissional

Rubrica profissional

do que no parto vaginal), tromboembolismo venoso (coágulos de sangue nas pernas, órgãos pélvicos ou pulmões) (6 casos em 1.000; duas vezes mais frequente na cesárea do que no parto vaginal).

Estou ciente de que a cesárea também aumenta o tempo de internação hospitalar em um dia e meio.

Em relação aos riscos para meu bebê, estou ciente de que a cesárea aumenta a chance de desconforto respiratório (dificuldade do bebê respirar) (21 casos em 1.000; duas vezes mais frequente na cesárea do que no parto vaginal), de internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal (de 6 casos em 1.000 no parto vaginal para 13 casos em 1.000 na cesárea antes da 40ª semana de gestação) e de doenças crônicas na vida adulta, como asma, artrite juvenil, doenças intestinais e leucemia (eventos raros – até 1 caso em 10.000).

Declaro que fui adequadamente informada sobre os métodos não farmacológicos (bola, massagem, pressão digital, banho no chuveiro) e farmacológicos (analgesia de parto realizada por equipe de Anestesiologia) disponíveis no HCU/UFU para o alívio da dor do parto vaginal.

Declaro que estou informada da possibilidade aguardar o trabalho de parto, sendo-me garantido os cuidados de pré-natal e parto.

Declaro ainda fui esclarecida por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros e psicólogos). Entendi o que me foi explicado e solicito, de forma livre e esclarecida, a interrupção da gestação atual por CESÁREA, mesmo sem qualquer indicação clínica. Autorizo a equipe do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU/UFU) a realizar os procedimentos necessários.

Uberlândia/MG, _____ de _____ de 201 ____.

Assinatura: _____

Nome: _____

Identificação (RG ou CPF): _____

(Paciente ou responsável legal)

A paciente encontra-se em condições físicas, psicológicas e emocionais para expressar seu consentimento.

Assinatura: _____

Carimbo ou nome e número do conselho

Assinatura: _____

Carimbo ou nome e número do conselho

Av. Pará 1888 – Umuarama – CEP 38405-320 – Uberlândia - MG, Brasil
(34) 3218-2111

Rubrica da paciente

Rubrica profissional

Rubrica profissional

Anexo V

CHECKLIST DE INDICAÇÃO DE CESÁREA

Nome da paciente: _____ Prontuário: _____		Idade Gestacional: _____ Data: ____/____/____ Local: <input type="checkbox"/> PS-GO <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> PPP	
Classificação de Robson <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10			
<p>PROGRAMADA</p> <input type="checkbox"/> TCLE assinado (obrigatório)	<p>URGÊNCIA / EMERGÊNCIA</p> <input type="checkbox"/> TCLE assinado <input type="checkbox"/> Consentimento verbal	<p>A PEDIDO</p> <input type="checkbox"/> TCLE assinado (obrigatório) <input type="checkbox"/> ≥ que 40 semanas <input type="checkbox"/> Ausência de trabalho de parto	<p>Concordância com indicação de cesárea por pelo menos 2 plantonistas</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura/ CRM Plantonista</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Data/ horário</p> <p style="text-align: center;">____/____/____ : ____</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Assinatura/ CRM Plantonista</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Data/ horário</p> <p style="text-align: center;">____/____/____ : ____</p>
<input type="checkbox"/> Placenta Acreta <input type="checkbox"/> Exame confirmatório (USG/RNM)	<input type="checkbox"/> Anteparto / Intraparto	<p>USO EXCLUSIVO DA EQUIPE DE AUDITORIA</p>	
<input type="checkbox"/> Placenta prévia/vasa prévia <input type="checkbox"/> Exame confirmatório (USG/RNM)	<input type="checkbox"/> DPP/ ruptura uterina <input type="checkbox"/> Instabilidade hemodinâmica <input type="checkbox"/> Alterações da FCF <input type="checkbox"/> Feto viável		
<input type="checkbox"/> Apresentação pélvica <input type="checkbox"/> Insucesso na VCE <input type="checkbox"/> Não deseja VCE	<input type="checkbox"/> Prolapso de cordão <input type="checkbox"/> Parto não iminente <input type="checkbox"/> Alterações da FCF <input type="checkbox"/> Feto viável		
<input type="checkbox"/> Apresentação transversa <input type="checkbox"/> Insucesso na VCE <input type="checkbox"/> Não deseja VCE	<input type="checkbox"/> Intraparto (Contrações e ≥ 4 cm)		
<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Carga viral desconhecida <input type="checkbox"/> Carga viral ≥ que 1000 cópias <input type="checkbox"/> ≥ 38 semanas <input type="checkbox"/> Membranas íntegras <input type="checkbox"/> ≤ 3 centímetros de dilatação	<input type="checkbox"/> Falha na progressão <input type="checkbox"/> 1ª fase - Diagnóstico (Dx) ≤ 2cm em 4 horas <input type="checkbox"/> 2ª fase - Dx ≥ 2h Pnmi; ≥ 1h multipara		
<input type="checkbox"/> HSV <input type="checkbox"/> Lesões vaginais ativas <input type="checkbox"/> Primoinfecção no 3º Trimestre	<input type="checkbox"/> Uso de partograma		
<input type="checkbox"/> 2 ou mais cesáreas <input type="checkbox"/> Desejo da paciente	<input type="checkbox"/> Correção de distocia (marcar no mínimo 1 das medidas abaixo realizadas, após diagnóstico)		
<input type="checkbox"/> Gemelaridade <input type="checkbox"/> ≥ 3 fetos <input type="checkbox"/> 1º gemelar não cefálico	<input type="checkbox"/> Amiotomia <input type="checkbox"/> ≥ 2 horas e evolução ≤ 1cm <input type="checkbox"/> ≥ 1 hora após RM em expulsivo		
<input type="checkbox"/> Macrossomia fetal <input type="checkbox"/> Diabetes E ≥ 4500g <input type="checkbox"/> ≥ 5000g	<input type="checkbox"/> Ocitocina (se ≤ 4 contrações em 10') <input type="checkbox"/> ≥ 4 horas e evolução ≤ 2cm <input type="checkbox"/> ≥ 1 hora com ocitocina em expulsivo		
	<input type="checkbox"/> Alterações da FCF (tratar conforme a causa - mudança de posição, hidratação, tocólise)		
	<input type="checkbox"/> Persistência de bradicardia por mais de 9 mim após reanimação intra-útero		

Declaração de conflitos de interesses

As autoras responsáveis pela elaboração e coordenação do protocolo declaram não haver conflitos de interesses a declarar.