

# Cesárea: indicações

---

Protocolos Febrasgo

Obstetícia – nº 106 – 2018



## DIRETORIA DA FEBRASGO

2016 / 2019

**César Eduardo Fernandes**  
Presidente

**Corintio Mariani Neto**  
Diretor Administrativo/Financeiro

**Marcos Felipe Silva de Sá**  
Diretor Científico

**Juvenal Barreto B. de Andrade**  
Diretor de Defesa e Valorização  
Profissional

**Alex Bortotto Garcia**  
*Vice-Presidente*  
Região Centro-Oeste

**Flavio Lucio Pontes Ibiapina**  
*Vice-Presidente*  
Região Nordeste

**Hilka Flávia Barra do E. Santo**  
*Vice-Presidente*  
Região Norte

**Aginaldo Lopes da Silva Filho**  
*Vice-Presidente*  
Região Sudeste

**Maria Celeste Osório Wender**  
*Vice-Presidente*  
Região Sul



## COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO, PARTO E PUERPÉRIO – 2016 / 2019

### Presidente

Alberto Trapani Júnior

### Vice-Presidente

Paulo Roberto Dutra Leão

### Secretária

Sheila Koettker Silveira

### Membros

Alessandra Cristina Marcolin  
Edilberto Alves Pereira da Rocha Filho

Evelise Pochmann da Silva  
Flávia Tarabini Castellani Asmar

João Alfredo Piffero Steibel  
Márcia Maria Auxiliadora de Aquino

Renato Ajeje  
Ricardo Porto Tedesco

Roberto Magliano de Moraes  
Roberto Messod Benzecry  
Roseli Mieko Yamamoto Nomura  
Sergio Hecker Luz

## Cesárea: indicações

Alberto Trapani Júnior<sup>1</sup>

Leila Wessler Faust<sup>1</sup>

Thamyris Finger Trapani<sup>2</sup>

### Descritores

Cesárea; Medicina baseada em evidências; Parto obstétrico; Obstetrícia; Guia

### Como citar?

Trapani Júnior A, Faust LW, Trapani TF. Cesárea: indicações. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 106/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

## Introdução

No decorrer do século XX, mediante a ascensão das práticas biomédicas e tecnológicas, a assistência ao nascimento também sofreu transformações. Do atendimento domiciliar por parteiras, a prática do nascimento foi transferida ao ambiente hospitalar, sob a coordenação médica. O crescimento dos índices de cesarianas faz parte desse processo, que também resultou em uma redução importante da morbidade e mortalidade materna e perinatal.<sup>(1)</sup> No ano de 1985, um grupo de especialistas convocado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com base nas evidências disponíveis na época, concluiu que: “não há justificativa para qualquer região ter uma taxa de cesárea superior a

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup>Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes, São José, SC, Brasil.

\*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Assistência ao abortamento, parto e puerpério e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 106, acesso: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

10-15%”.<sup>(2,3)</sup> Ao longo dos anos, essa citação tornou-se motivo de discussão na literatura médica, sendo, muitas vezes, interpretada e generalizada de maneira equivocada como uma “taxa ideal” de cesariana.<sup>(2)</sup> A taxa de cesárea é afetada por diversos fatores como as características físicas e socioculturais da população, a disponibilidade de recursos humanos e materiais e os protocolos de manejo clínico adotados.<sup>(2)</sup> As evidências de que a cesariana apresenta maior morbidade e mortalidade que o parto vaginal são de baixa qualidade. O ideal é considerar a intenção de tratar, ou seja, os desfechos das cesarianas de urgência (aquelas realizadas na tentativa do parto vaginal) devem ser atribuídos ao parto vaginal.<sup>(4)</sup> Em 2011, a OMS realizou uma revisão sistemática dos sistemas que permitam comparar as taxas de cesariana em diferentes instalações, cidades, países ou regiões de forma útil e orientada para a ação e concluiu que a classificação desenvolvida por Michael Stephen Robson (em 10 categorias) é o sistema mais apropriado.<sup>(5)</sup>

## Indicações

A cesariana é realizada quando o médico-assistente e/ou a paciente acreditam que a via abdominal vai proporcionar um melhor resultado materno e/ou fetal. Portanto suas indicações dividem-se na solicitação materna ou indicação médica.<sup>(6)</sup> As indicações médicas são divididas em absolutas e relativas. Ressalta-se que a maioria delas é relativa. As indicações mais frequentes são a falha na progressão do trabalho de parto, os sinais de alteração na vitalidade fetal, cesarianas prévias e as posições fetais anômalas.<sup>(6)</sup> No quadro 1 está o grau de recomendação sobre as indicações de cesarianas.

**Quadro 1. Indicações de cesarianas**

Indicações consolidadas	Grau de recomendação
Cicatriz uterina prévia corporal	C
Situação fetal transversa	C
Herpes genital ativo	C
Prolapso de cordão	D
Placenta prévia	D
Morte materna com feto vivo	D
Falha imediata da ressuscitação na parada cardiorrespiratória materna	C
Desproporção cefalopélvica	C
Vasa prévia	D
Ruptura uterina	D
Apresentação pélvica (eletiva)	A
Gemelar com o primeiro não cefálico	C
Gemelarmonoamniótico	D
Acretismo placentário	D
Indicações relativas	Grau de recomendação
Macrossomia fetal	C
Descolamento prematuro de placenta	C
Gemelar com três ou mais fetos	C
Cardiotocografia categoria III	D
Diástole zero ou reversa na artéria umbilical	C
Alteração no ducto venoso	C
Apresentação cefálica defletida	B
Vaginismo	D
Duas ou mais cesarianas prévias	D
Situação fetal não tranquilizadora com falha nas medidas corretivas	D
HIV+ com CV desconhecida ou acima de 1000 c/ml	A
História de primo infecção herpética no terceiro trimestre	C
Aloimunização	C
Psicopatias	D
Fatores obstrutivos do canal do parto	D
Coactação da aorta e síndrome de Marfan	D
Iminência de rotura uterina	D
Acidentes grave de punção em amniocentese ou cordocentese	D
História de distocia de ombro grave em parto anterior	D
Rotura perineal de quarto grau em parto anterior	C
Falha da indução de parto bem-conduzida	D
Malformação fetal (meningomielocoele, hidrocefalia com macrocrania, defeito de parede anterior com fígado extracorpóreo, teratomas sacrococcigeos, hidropisia)	D

**Fonte:** Elaborado pelos autores.

## 1. Distocia funcional ou falha na progressão do trabalho de parto

O quadro geralmente se deve à falha das contrações uterinas, às variações de posição fetal ou a uma desproporção cefalopélvica absoluta ou relativa, no entanto a verdadeira causa nem sempre é identificada. Deve-se atuar nos fatores corrigíveis, antes de indicar a cesariana. <sup>(2,7)</sup>

## 2. Má posição fetal

Fetos cefálicos na posição occipital posterior, transversa ou defletida, levam a maiores taxas de complicações perinatais e cesarianas. <sup>(8)</sup> Especialmente quando a dilatação está completa, algumas más posições da cabeça fetal podem ser corrigidas, <sup>(8)</sup> porém muitas pacientes precisam de cesariana para o nascimento de seus conceitos. <sup>(8)</sup> Nas apresentações córmicas é possível tentar a versão externa com 36 semanas de idade gestacional, quando esta é sem sucesso, indica-se cesariana. <sup>(9)</sup> Paciente já em trabalho de parto, com apresentação córmica, é indicação de cesariana. <sup>(10)</sup> Na apresentação pélvica, a cesariana eletiva apresenta menor risco de mortalidade perinatal e neonatal ou morbidade grave em comparação com partos vaginais (1,6% vs. 5,0%, respectivamente). <sup>(6,11-14)</sup> Contudo não há evidências claras dos benefícios da cesariana quando a gestante chega em trabalho de parto ativo, principalmente quando ela já teve um parto vaginal anterior e a equipe obstétrica é experiente. <sup>(15)</sup> A versão externa antes do trabalho de parto pode ser bem-sucedida, <sup>(6)</sup> contudo não está definido se o risco de complicações do procedimento não supera o risco que envolve a cesariana eletiva.

## 3. Desproporção cefalopélvica (DCP)

Uma desproporção real no tamanho do feto em relação à pelve materna geralmente só pode ser diagnosticada durante a fase ativa do

trabalho de parto, de preferência com 6 cm ou mais de dilatação cervical.<sup>(16)</sup> Resulta em parada da progressão do trabalho de parto. Os sinais clínicos são: dinâmica uterina maior ou igual a 4/10 min, bolsa rota, presença de bossa serossanguínea, edema de colo e parada de progressão.<sup>(7,17)</sup>

#### 4. Cesariana prévia e cicatriz uterina prévia

O trabalho de parto e o parto vaginal não são recomendados para mulheres com cicatriz uterina fúndica ou longitudinal de cesariana anterior.<sup>(6,18-20)</sup> Também está indicada a cesariana para aquelas submetidas previamente à miomectomia com comprometimento intramural extenso.<sup>(18)</sup> A idade gestacional para a interrupção nesses casos não está bem-definida e encontra-se recomendações entre 36 a 38 semanas e 6 dias.<sup>(21)</sup> A indicação da via alta eletiva é relativa, já que o risco médio de rotura uterina durante o parto vaginal nos casos de miomectomia intramural prévia é de 0,9%.<sup>(22)</sup> A repetição do nascimento por cesariana está associada ao aumento do risco de complicações,<sup>(23)</sup> mas o risco de rotura uterina também aumenta na tentativa de um parto vaginal (0,2 a 0,9%).<sup>(24)</sup> Das pacientes que pretendem parto vaginal após cesariana, cerca de 60% a 80% o conseguem.<sup>(25)</sup> A decisão da via de parto deve levar em conta os riscos das duas opções, as chances de sucesso e a intenção de gestações futuras, visto que quanto mais cesarianas, maiores os riscos.<sup>(26,27)</sup> Em princípio, todas as pacientes que possuem apenas uma cesariana segmentar prévia e com feto cefálico são candidatas e devem ser estimuladas a fazer prova de trabalho de parto, caso não tenham outras contraindicações.<sup>(6,28)</sup> Pacientes com duas cesarianas prévias têm um risco aumentado de rotura uterina quando comparadas às com uma cesariana prévia (de 0,9 para 1,8%).<sup>(29)</sup> Como o aumento



do risco é pequeno, é possível tentar prova de trabalho de parto com a devida assinatura do termo de consentimento pós-informado.<sup>(28)</sup> Os dados são limitados para recomendar uma tentativa de parto em mulheres com mais de uma cesariana.<sup>(28)</sup>

### 5. Descolamento prematuro de placenta (DPP)

Recomenda-se a realização de cesariana na maioria dos casos, com exceção daqueles em que a via baixa é mais rápida.<sup>(18,30)</sup> Se já existe o diagnóstico de óbito fetal e não havendo instabilidade hemodinâmica ou coagulopatia, pode-se aguardar até 4 horas pelo nascimento.<sup>(30)</sup>

### 6. Placenta prévia total e acretismo placentário

Quando a placenta prévia é diagnosticada, a possibilidade de acretismo placentário deve ser considerada, e esse risco aumenta de acordo com o número de cesarianas prévias.<sup>(6,31)</sup> Na gestante com placenta prévia, a cesariana eletiva está indicada.<sup>(6,18)</sup> Orienta-se cesariana eletiva entre 34 e 37 semanas de idade gestacional nos casos de acretismo placentário.<sup>(6,32,33)</sup>

### 7. Vasa prévia

Quando o diagnóstico acontece durante o acompanhamento pré-natal, deve-se considerar uma cesariana planejada entre 34 e 35 semanas de idade gestacional.<sup>(34,35)</sup> Se acontecer a rotura do vaso, o nascimento deve ser pela via mais rápida.<sup>(34)</sup>

### 8. Prolapso de cordão umbilical

É uma emergência obstétrica porque o cordão prolapsado é vulnerável à compressão, oclusão da veia umbilical e vasoespasmos da artéria umbilical, o que pode comprometer a oxigenação fetal.<sup>(2)</sup> O nascimento de emergência do concepto deve ocorrer pela via mais rápida e segura.<sup>(2,36)</sup>

## 9. Macrosomia fetal

Ao considerar o risco de distocia de ombro e lesão de plexo braquial, é razoável programar cesariana eletiva nos seguintes casos:<sup>(37,38)</sup> se houve distocia de ombro prévia, especialmente com uma lesão neonatal grave(D), se o peso fetal estimado for maior que 5000g em mulheres sem diabetes (risco estimado do distocia de ombro >20%) ou peso fetal estimado maior que 4500g em mulheres com diabetes (risco de distocia de cerca de 15%). Naturalmente, deve-se considerar o histórico obstétrico.<sup>(37,38)</sup>

## 10. Gestação gemelar

Considera-se indicação para cesariana as gestações gemelares em que o primeiro feto não esteja em apresentação cefálica,<sup>(6,39)</sup> as gestações com três ou mais fetos<sup>(40)</sup> e as monoamnióticas.<sup>(41)</sup> Nas gestações duplas diamnióticas, quando o primeiro feto está cefálico, o parto normal (espontâneo ou induzido) pode ser tentado, independente da corionicidade.<sup>(42)</sup>

## 11. Distensão uterina/ruptura uterina

A distensão segmentar é o prenúncio clínico da ruptura uterina, o chamado anel de Bandl. Quando percebido, a cesariana está indicada, em função da alta morbimortalidade materna e fetal, exceto se o diagnóstico é feito durante o período expulsivo, com a cabeça fetal profundamente insinuada e presentes as condições de parto instrumentalizado.<sup>(43,44)</sup>

## 12. Gestante soropositiva para HIV

Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL(realizada nas últimas seis semanas), a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco da transmissão verti-

cal do HIV.<sup>(45,46)</sup> Caso apresentem trabalho espontâneo ou ruptura de membranas, não há evidências suficientes para determinar se a cesariana reduz o risco de transmissão perinatal do HIV e, nesses casos, a conduta deve ser individualizada.<sup>(45,47)</sup>

### 13. Herpes-Simples

A cesariana é recomendada nas mulheres com lesões genitais ativas (incluindo as que têm crosta), sintomas prodromais (por exemplo, dor, queimação) ou um primeiro episódio de infecção genital durante o último trimestre.<sup>(6,48-50)</sup> Nos casos de rotura de membranas com duração maior ou igual a seis horas, deve-se oferecer cesariana, porém o benefício é discutível.<sup>(48,49,51)</sup>

### 14. Situação fetal não tranquilizadora

Os métodos utilizados para avaliação da vitalidade fetal intraparto são preditores fracos da hipoxia fetal, podendo levar ao diagnóstico errôneo.<sup>(52)</sup> Diante de um padrão não tranquilizador persistente, associado à falha das medidas clínicas, deve-se considerar a indicação da cesariana, caso seja a via de parto mais rápida.<sup>(52,53)</sup> A presença de líquido amniótico meconial isoladamente, sem sinais de hipoxia fetal, não deve ser considerada uma indicação de cesariana.<sup>(54)</sup>

### 15. Cesariana a pedido

Cesariana a pedido é aquela realizada sem indicação médica, por solicitação da paciente.<sup>(6,55,56)</sup> Os motivos que levam a tal solicitação são: conveniência do nascimento programado, medo da dor ou das complicações do parto vaginal, experiências negativas pessoais ou de conhecidos com o parto, preocupação com lesões do assoalho pélvico, medo de necessitar parto instrumental ou cesariana de emergência e sensação de maior controle sobre a situação.<sup>(55,56)</sup>

Essas pacientes devem ser avaliadas por equipe multiprofissional que inclua atendimento psicológico e deve-se tentar identificar os motivos que levaram à solicitação.<sup>(6,18)</sup> Deve-se orientar a paciente sobre os riscos do procedimento, que incluem, principalmente, uma maior estadia no hospital, maior risco de alterações respiratórias neonatais e de complicações em gestações futuras, como acretismo placentário, rotura uterina, placenta prévia, histerectomia puerperal e aderências.<sup>(6,11,56-59)</sup> Caso, mesmo após os esclarecimentos, a paciente opte por cesariana, o procedimento pode ser realizado, mas é importante registrar em prontuário o desejo da paciente e os fatores que foram determinantes para a escolha e coletar assinatura em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.<sup>(60)</sup> Caso o profissional apresente objeção de consciência em realizar cesariana sem indicação obstétrica, deverá encaminhar para profissional que o faça.<sup>(6,18)</sup> Caso não haja indicação médica para tal, o procedimento não deve ser realizado antes das 39 semanas de gestação.<sup>(18,61)</sup>

## Referências

1. Rezende J, Montenegro CA. Obstetrícia. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
2. Zugaib M. Zugaib obstetrícia. 3a ed. São Paulo: Manole; 2016.
3. Betran AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM; WHO Working Group on Caesarean Section. WHO Statement on Caesarean Section Rates. BJOG. 2016;123(5):667–70.
4. Metz TD. Choosing the route of delivery after cesarean birth [Internet]. UpToDate; 2018. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>
5. World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 April 2015. WHO Statement on caesarean section rates. Reprod Health Matters. 2015;23(45):149–50.
6. National Institute for Health and Care Excellence NICE. Cesarean Section Clinical Guideline. London: NICE; 2011.
7. Ehsanipoor R, Satin A. Normal and abnormal labor progression [Internet]. Uptodate; 2018 [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>
8. McQuivey RW, Reichman O, Gdanský E, Latinsky B, Labi S, Samueloff A. Digital rotation from occipito-posterior to occipito-anterior decreases the need for cesarean section. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008;136(1):25-8. Comment in: Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;171(2):e3–4.

9. Hankins GD, Hammond TL, Snyder RR, Gilstrap LC 3rd. Transverse lie. *Am J Perinatol*. 1990;7(1):66–70.
10. Strauss R. Transverse fetal lie [Internet]. Uptodate; 2018 [cited 2018 Mar 28]. Available from: <https://www.uptodate.com>
11. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR; Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*. 2000;356(9239):1375–83.
12. Herbst A, Thorngren-Jerneck K. Mode of delivery in breech presentation at term: increased neonatal morbidity with vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(8):731–7.
13. Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Brand R, van Loon AJ, Van Hemel OJ, Visser GH. Term breech presentation in The Netherlands from 1995 to 1999: mortality and morbidity in relation to the mode of delivery of 33824 infants. *BJOG*. 2003;110(6):604–9.
14. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul;(7):CD000166.
15. Impey LW, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. *BJOG*. 2017;124:e151–77.
16. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
17. Maharaj D. Assessing cephalopelvic disproportion: back to the basics. *Obstet Gynecol Surv*. 2010;65(6):387–95.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. Brasília (DF): Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; 2015.
19. Dodd JM, Crowther CA, Grivell RM, Deussen AR. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul;7:CD004906.
20. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 342: induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006;108(2):465–8.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol*. 2013;121(4):908–10.
22. Gambacorti-Passerini Z, Gimovsky AC, Locatelli A, Berghella V. Trial of labor after myomectomy and uterine rupture: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016;95(7):724–34.
23. Nisenblat V, Barak S, Grinss OB, Degani S, Ohel G, Gonen R. Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. 2006;108(1):21–6.
24. Guise JM, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;115(6):1267–78.
25. Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(3):224–31.

26. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(3):262.e1–8.
27. Puttanavijarn L, Phupong V. Comparisons of the morbidity outcomes in repeated cesarean sections using midline and Pfannenstiel incisions. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(12):1555–9.
28. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2017;130(5):e217–33.
29. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two cesarean 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.* 2010;117(1):5–19.
30. Ananth C, Kinzler W. Placental abruption: Clinical features and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2017. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>
31. Lockwood C, Russo-Stieglitz K. Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality [Internet]. UpToDate; 2017. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>
32. Shamsirsaz AA, Fox KA, Salமான B, Diaz-Arrastia CR, Lee W, Baker BW, et al. Maternal morbidity in patients with morbidly adherent placenta treated with and without a standardized multidisciplinary approach. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(2):218.e1–9.
33. 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. *Obstet Gynecol.* 2010;115(1):65–9.
34. Lockwood C, Russo-Stieglitz K. Velamentous umbilical cord insertion and vasa previa [Internet]. UpToDate; 2017. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>
35. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):927–41.
36. Bush M, Eddleman K, Belogolovkin V. Umbilical cord prolapse [Internet]. UpToDate; 2017. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>
37. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 173: fetal Macrosomia. *Obstet Gynecol.* 2016;128(5):e195–209.
38. Hehir MP, Mchugh AF, Maguire PJ, Mahony R. Extreme macrosomia—obstetric outcomes and complications in birthweights >5000 g. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015;55(1):42–6.
39. Dodd JM, Crowther CA. Evidence-based care of women with a multiple pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19(1):131–53.
40. Lappen JR, Hackney DN, Bailit JL. Maternal and neonatal outcomes of attempted vaginal compared with planned cesarean delivery in triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(4):493.e1–6.
41. Lockwood C, Odibo A. Monoamniotic twin pregnancy (including conjoined twins) [Internet]. UpToDate; 2017. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>

42. Asztalos EV, Hannah ME, Hutton EK, Willan AR, Allen AC, Armson BA, et al. Twin Birth Study: 2-year neurodevelopmental follow-up of the randomized trial of planned cesarean or planned vaginal delivery for twin pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(3):371.e1–19.
43. Berghella V. Cesarean delivery: Surgical technique [Internet]. UpToDate; 2018. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>
44. Lauria MR, Barthold JC, Zimmerman RA, Turrentine MA. Pathologic uterine ring associated with fetal head trauma and subsequent cerebral palsy. *Obstet Gynecol.* 2007;109(2 Pt 2 Supplement):495–7.
45. Rimawi BH, Haddad L, Badell ML, Chakraborty R. Management of HIV Infection during Pregnancy in the United States: Updated Evidence-Based Recommendations and Future Potential Practices. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2016;2016:7594306.
46. Andiman W, Bryson Y, de Martino M, Fowler M, Harris D, Hutto C, et al.; International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1—a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med.* 1999;340(13):977–87.
47. Hughes B, Cu-Uvin S. Antiretroviral and intrapartum management of pregnant HIV-infected women and their infants in resource-rich settings [Internet]. UpToDate; 2017. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>
48. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015;64 RR-03:1–137.
49. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 82: Management of Herpes in Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007;109(6):1489–98.
50. Brown ZA, Vontver LA, Benedetti J, Critchlow CW, Sells CJ, Berry S, et al. Effects on infants of a first episode of genital herpes during pregnancy. *N Engl J Med.* 1987;317(20):1246–51.
51. Nahmias AJ, Josey WE, Naib ZM, Freeman MG, Fernandez RJ, Wheeler JH. Perinatal risk associated with maternal genital herpes simplex virus infection. *Am J Obstet Gynecol.* 1971;110(6):825–37.
52. Souza AR, Amorim MM. Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Acta Med Port.* 2008;21:229–40.
53. Cargill YM, MacKinnon CJ, Arsenault MY, Bartellas E, Daniels S, Gleason T, et al.; Clinical Practice Obstetrics Committee. Guidelines for operative vaginal birth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004 Aug;26(8):747–61.
54. Yoder BA, Kirsch EA, Barth WH, Gordon MC. Changing obstetric practices associated with decreasing incidence of meconium aspiration syndrome. *Obstet Gynecol.* 2002;99(5 Pt 1):731–9.
55. O'Donovan C, O'Donovan J. Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth.* 2018 ;45(2):109–19.
56. Norwitz ER. Cesarean section on maternal request [Internet]. UpToDate; 2018. [cited 2018 Mar 29]. Available from: <https://www.uptodate.com>

57. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth(1). *Obstet Gynecol.* 2001;97(5 Pt 1):765–9.
58. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Soldà G, Salvadori A, Trevisanuto D. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr.* 2004;93(5):643–7.
59. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1226–32.
60. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.144/2016. É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal [Internet]. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina; 2016. [citado 2018 Jan 15]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/res21442016.pdf>
61. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al.; World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ.* 2007;335(7628):1025.





## Portal Febrasgo

Você também pode ler os  
Protocolos Febrasgo online,  
pelo seu computador, tablet  
ou celular!

Acesse:

[www.febrasgo.org.br/protocolos](http://www.febrasgo.org.br/protocolos)

**febrasgo**

Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

# Veja alguns dos temas dos Protocolos Febrasgo:

## Ginecologia:

- ★ Abordagem clínica das lesões mamárias palpáveis e não palpáveis
- ★ Abordagem clínica dos grupos de risco elevado para câncer de mama
- ★ Câncer de mama
- ★ Câncer de vulva e vagina
- ★ Câncer do colo uterino
- ★ Hiperplasia endometrial e câncer do corpo uterino
- ★ Lesões precursoras do câncer de mama (hiperplasias atípicas e carcinomas in situ)
- ★ Lesões pré-invasivas da vulva, vagina e colo uterino
- ★ Rastreamento do câncer de mama e propedêutica mamária

## Obstetria

- ★ Anormalidades comportamentais no puerpério
- ★ Cesárea
- ★ Embolia Amniótica
- ★ Hemorragia Pós-Parto
- ★ Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legal
- ★ Morbidade febril, endometrite e sepse puerperal
- ★ Morbidade materna grave e near miss
- ★ Parada cardiorespiratória na Gestante
- ★ Rotura uterina



