

INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA



PROTOCOLO DA MATERNIDADE
MUNICIPAL DR. MOURA TAPAJÓZ



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 2 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA

PROTOCOLO DA MATERNIDADE MUNICIPAL DR. MOURA TAPAJÓZ

Organização:

Elzilene Gondim Viegas

Loiana Alencar de Melo

Valéria Almeida Bentes

Colaboradores:

Alexandre Souza – Médico Infectologista

Alessandra Mara Souza de Menezes – Médica Obstetra

Everton de Freitas Gomes – Enfermeiro Obstetra

Glenda Louise da Costa Caxeixa Amorim – Enfermeira

Júlio César de Lima Nogueira – Médico Anestesiologista

Sigrid Marcela – Médica Neonatologista



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 3 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

1º REVISÃO: Agosto/ 2025

Alessandra Mara Souza de Menezes – Médica Obstetra

Alexandre Souza – Médico Infectologista – CCIH

Antônio Carlos Luzio – Médico Obstetra/ Gerente Técnico

Everton de Freitas Gomes – Enfermeiro Obstetra – Gerente de Enfermagem

Glenda Louise da Costa Caxeixa Amorim – Enfermeira – Chefe da Divisão de Ações Estratégicas

Josilene Viana Carneiro – Chefe do Núcleo de Apoio Diagnóstico

Andréa Cristina de Carvalho Dixo – Chefe do Núcleo de Assistência Farmacêutica

Kalyria Kyrk Cunha Lira – Enfermeira – CCIH

Larissa Rodrigues Braga de Almeida – Enfermeira Obstetra – Núcleo de Educação Permanente

Maria Ozanilda Bezerra de Oliveira – Enfermeira – Chefe do Núcleo de Segurança do Paciente

Sigrid Marcela – Médica Neonatologista – Chefe da Divisão Clínica

Organização:

Elzilene Gondim Viegas

Loiana Alencar de Melo

Valéria Almeida Bentes



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 4 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

AGRADECIMENTO

À Dra. Christiane Rodrigues da Silva, médica anesthesiologista, pela contribuição na elaboração das condutas anestésicas.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 5 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

SUMÁRIO

SUMÁRIO	5
SIGLAS	6
1. APRESENTAÇÃO	7
2. OBJETIVOS.....	8
3. PÚBLICO-ALVO	8
4. TERMO DE CONSENTIMENTO	9
5. ACOMPANHANTE	9
6. INDICAÇÕES DE CESÁREA.....	10
7. PREDITORES DA PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO	21
8. PRÉ-OPERATÓRIO.....	21
9. PREPARO, PREVENÇÃO E CONTROLE PRÉ- PARTO	23
10. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE INTRA-OPERATÓRIO.....	24
11. CONDUTAS ANESTÉSICAS.....	26
12. CUIDADOS GERAIS DA TÉCNICA CIRÚRGICA.....	33
13. ASSISTÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA	40
14. FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO ASSOCIADA À CIRURGIA CESARIANA	43
15. CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA). 43	
16. LIGAÇÃO TUBÁRIA	45
17. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS.....	46
18. MATERIAL NECESSÁRIO PARA ASSISTÊNCIA AO RN NA SALA DE PARTO	48
19. RECOMENDAÇÕES GERAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	54
ANEXO 01.....	57
ANEXO 02.....	59



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 6 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

CV- Carga Viral

HPV - Papilomavírus Humano

OP – Occipital Posterior

DCP – Desproporção Cefalopélvica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

pH - Potencial Hidrogeniônico

DPP – Descolamento Prematuro de Placenta

AZT – Azitromicina

RN – Recém-nascido

IMC – Índice de Massa Corporal

CC – Centro Cirúrgico

ISC – Infecção do Sítio Cirúrgico

IRPM - Incursões Respiratórias em um Minuto

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

CDC – Centro de Controle de Doenças

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

HTLV - Vírus T-linfotrópico Humano

SF – Soro Fisiológico

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 7 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

1. APRESENTAÇÃO

A cesárea é um procedimento cirúrgico que consiste em incisão da parede abdominal (laparotomia) e do útero (histerotomia) para retirada do bebê. Tem como objetivo salvar a vida da mãe e/ou do concepto em casos de complicações durante a gravidez ou parto e deve ser indicada somente quando surge algum tipo de intercorrência durante o ciclo gravídico, pois, como todo procedimento cirúrgico, não é isenta de riscos, estando associada a maior morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal. (Faundes&Cecatti, 1991; McClain, 1990; Miller, 1988).

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Entretanto, as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cesarianas podem reduzir a mortalidade e morbidade materna e perinatal. Porém, não existem evidências de que fazer cesáreas em mulheres ou bebês que não necessitem dessa cirurgia traga benefícios. Assim como qualquer cirurgia, uma cesárea acarreta riscos imediatos e em longo prazo. Esses riscos podem se estender muitos anos depois de o parto ter ocorrido e afetar a saúde da mulher e do seu filho, podendo também comprometer futuras gestações. Esses riscos são maiores em mulheres com acesso limitado a cuidados obstétricos adequados.

Nos últimos anos, governos e profissionais de saúde têm manifestado crescente preocupação com o aumento no número de partos cesáreos e suas possíveis consequências negativas sobre a saúde materna e infantil. Além disso, a comunidade internacional aponta para a necessidade de reavaliar a recomendação de 1985 sobre a taxa de cesáreas.

Em novo entendimento, a Organização Mundial de Saúde – OMS considera que, os esforços devem se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas. Porém, a tarefa de definir qual é a taxa de cesárea adequada em termos populacionais, isto é, a taxa mínima de cesáreas com indicação médica que ao mesmo tempo evite cirurgias desnecessárias, é um grande desafio.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 8 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Considerando que a população brasileira possui um elevado número de cesarianas anteriores, a OMS ajustou a taxa de referência para 25% a 30% no Brasil. (Brasil, 2016). Logo, o esforço deve ser no sentido de garantir que a cirurgia cesariana seja feita baseada em indicações médicas guiadas pelas atuais evidências científicas. Daí, justifica-se a necessidade de se ter um protocolo que subsidie as ações dos profissionais que atuam na atenção ao parto e nascimento na Maternidade Dr. Moura Tapajóz, com as orientações que possam garantir a oferta de uma assistência segura às mulheres.

2. OBJETIVOS

- Reunir as principais e atuais evidências científicas sobre indicação de cesárea;
- Subsidiar a prática dos profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento na Maternidade Dr. Moura Tapajóz.

3. PÚBLICO-ALVO

- Profissionais que atuam na assistência ao parto e nascimento na Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajóz: médicos obstetras, médicos pediatras e médicos neonatologistas, médicos anesthesiologistas, enfermeiros, enfermeiros obstetras, enfermeiros neonatologistas;
- Profissionais da Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajóz: técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos;
- Gestores da Maternidade Municipal Dr. Moura Tapajóz;
- Residentes e acadêmicos que utilizam a maternidade como campo de prática.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 9 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

4. TERMO DE CONSENTIMENTO

Todas as mulheres devem ser devidamente informadas sobre os motivos da indicação da cesariana e devem assinar o **TERMO DE CONSENTIMENTO (Anexo 01)**, no momento da indicação. O profissional deve registrar no prontuário os fatores que influenciaram na decisão e qual deles foi o mais influente.

5. ACOMPANHANTE

Deve-se garantir o direito à acompanhante de livre escolha a todas as mulheres, inclusive àquelas com indicação de cesárea.

O acompanhante poderá permanecer junto à gestante durante toda a sua permanência na maternidade, se assim for o desejo da mesma, incluindo os momentos do parto e de realização de exames laboratoriais e/ou de imagem. (Lei nº 14.737/2023).

A equipe de enfermagem (técnico ou enfermeiro) do centro cirúrgico deverá acolher a gestante e seu acompanhante, disponibilizar a roupa privativa, orientá-los quanto a sua permanência no CCO e posicionar o acompanhante ao lado da gestante.

Uso do celular: No Centro Cirúrgico, só será permitida a utilização do celular para fotografar o nascimento, de acordo com a orientação da equipe, o consentimento dos pais e a devida higienização das mãos.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 10 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

6. INDICAÇÕES DE CESÁREA

Indicações Consolidadas

- Cicatriz uterina prévia corporal
- Situação fetal transversa
- Herpes genital ativo
- Prolapso de cordão
- Placenta prévia
- Morte materna com feto vivo
- Falha imediata da ressuscitação na parada cardiorrespiratória materna
- Desproporção cefalopélvica
- Vasa prévia
- Ruptura uterina
- Gemelar com o primeiro não cefálico
- Acretismo placentário

Indicações Relativas

- Descolamento prematuro de placenta
- Macrossomia fetal
- Gemelar com três ou mais fetos
- Cardiotocografia categoria III



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 11 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- Diástole zero ou reversa na artéria umbilical
- Alteração no ducto venoso
- Apresentação cefálica defletida
- Vaginismo
- Duas ou mais cesarianas prévias
- Situação fetal não tranquilizadora com falha nas medidas corretivas
- HIV+ com Carga Viral (CV) desconhecida ou acima de 1.000 c/mL
- História de primoinfecção herpética no terceiro trimestre
- Aloimunização
- Psicopatias
- Fatores obstrutivos do canal do parto
- Coactação da aorta e síndrome de Marfan / Iminência de rotura uterina
- Acidente grave de punção em amniocentese ou cordocentese
- História de distócia de ombro grave em parto anterior
- Rotura perineal de quarto grau em parto anterior
- Falha da indução de parto.
- Malformação fetal (meningomielocèle, hidrocefalia com macrocrania, defeito de parede anterior com fígado extracorpóreo, teratomas sacrococcígeos, hidropsia).



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 12 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Não são indicações

Algumas situações podem gerar dúvidas, mas isoladamente não são indicações de cesarianas, como:

- Hepatites virais
- Gestante soropositiva para HIV com CV menor de 1.000 c/mL ou bolsa rota ou trabalho de parto ativo
- Infecção genital por HPV, sem obstrução do canal vaginal
- Gestação gemelar com o primeiro feto em apresentação cefálica
- Gestação gemelar monocoriônica sem complicações
- Presença de mecônio no líquido amniótico
- Oligoâmnio
- Cesariana segmentar anterior prévia
- Prematuridade
- Feto pequeno para a idade gestacional
- Obesidade materna

6.1. Distócia funcional ou falha na progressão do trabalho de parto

O quadro geralmente se deve à falha das contrações uterinas, 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 (Cunningham e Williams, 1997; Zugaib, 2016).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 13 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

6.2. Má posição fetal

Fetos cefálicos na posição occipital posterior (OP), transversa ou defletidas levam a maiores taxas de complicações perinatais e cesarianas. Especialmente quando a dilatação está completa, algumas más posições da cabeça fetal podem ser corrigidas, porém, ainda assim, muitas gestantes precisam de cesariana para o nascimento de seus conceptos. A **apresentação córmica** é uma indicação indiscutível da cesárea.

Na apresentação pélvica, a cesariana eletiva apresenta um menor risco de mortalidade perinatal e neonatal ou morbidade grave em comparação com partos vaginais (1,6% vs. 5,0%, respectivamente). Contudo, não há evidências claras para adotar a cesariana sistemática quando a gestante está em trabalho de parto ativo, notadamente quando ela já teve um parto vaginal anterior e a equipe obstétrica é experiente.

6.3. Desproporção cefalopélvica (DCP)

Uma desproporção no tamanho do feto em relação à pelve materna só pode ser diagnosticada durante a **fase ativa** do trabalho de parto, de preferência com 6 cm ou mais de dilatação cervical. Resulta em parada da progressão do trabalho de parto. Os sinais clínicos são: dinâmica uterina maior ou igual a 4/10min, bolsa rota, presença de bossa serossanguínea, edema de colo e parada de progressão (Rezende e Montenegro, 2006; Zugaib, 2016; Brasil, 2015).

6.4. Cesariana prévia e cicatriz uterina prévia

O trabalho de parto e parto vaginal não é recomendado para mulheres com cicatriz uterina fúndica ou longitudinal de cesariana anterior, bem como para aquelas submetidas previamente à miomectomia com comprometimento intramural significativo (Cunningham e Williams, 1997; Zugaib, 2016; Brasil, 2015). A repetição do nascimento por cesariana está associada ao aumento do risco de complicações, mas o risco de rotura uterina também aumenta na tentativa de um parto vaginal (ver parto vaginal após cesariana).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 14 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

6.5. Sinais de alteração da vitalidade fetal

Quando existem evidências de alteração da vitalidade fetal em fetos viáveis, tais como a cardiocografia categoria III, doppler obstétrico mostrando diástole zero ou reversa na artéria umbilical e/ou uma alteração do ducto venoso é diagnosticada previamente ao trabalho de parto, a cesariana eletiva pode ser protetora (Zugaib, 2016). Quando os sinais de alteração da vitalidade fetal são diagnosticados durante o trabalho de parto e as manobras para melhor oxigenação fetal não apresentam resultado positivo e o tempo para realização do parto via vaginal for superior ao tempo para realização da cesárea, o parto operatório deve ser indicado (Zugaib, 2016; Sharhiner e Silver, 2015).

Na prática clínica, sugere-se que, diante de um padrão de Frequência Cardíaca Fetal (FCF) não-tranquilizadora, sejam avaliados outros parâmetros, como aspecto do líquido amniótico, grau de dilatação, altura da apresentação e variedade de posição. O decúbito lateral esquerdo deve ser realizado e a ausculta fetal cuidadosamente monitorizada nesses casos, de preferência por cardiocografia. Persistindo padrões anômalos característicos, como desacelerações do tipo II, III ou desfavoráveis associadas à redução da variabilidade e/ou bradicardia, ou quando existe associação com líquido amniótico meconial (sobretudo mecônio espesso), o pH do sangue fetal está indicado, se factível. Caso contrário, a cesariana deve ser indicada, exceto quando a dilatação está completa e houver condições de aplicabilidade para fórceps ou vácuo-extrator.

IMPORTANTE:

O diagnóstico isolado de mecônio no líquido amniótico e/ou da redução do volume de líquido amniótico não são indicações de cesariana (Brasil, 2015).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 15 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

6.6. 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. Se já existe o diagnóstico de óbito fetal e não havendo instabilidade hemodinâmica ou coagulopatia, pode-se aguardar até 4 horas pelo nascimento (Ananth e Kinzler, 2017).

6.7. Placenta prévia total e acretismo placentário (EPA – Espectro da Placenta Acreta)

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. Em ambas as situações, a cesariana eletiva está indicada.

IMPORTANTE:

Considerando os riscos potenciais do EPA e a possibilidade de necessitar de Tratamento Intensivo (adulto e neonatal), recomenda-se programar o parto para maternidade que disponha de Leito de UTI Adulto e Neonatal.

Se o Acretismo Placentário for identificado no momento da internação, recomenda-se avaliar a possibilidade de transferência para maternidade que disponha de Leito de UTI Adulto e Neonatal.

6.8. Vasa prévia

Quando o diagnóstico acontece durante o acompanhamento pré-natal, devemos considerar uma cesariana planejada. Se acontecer a rotura do vaso, o nascimento deve ser pela via mais rápida.

6.9. Prolapso de cordão umbilical

É uma emergência obstétrica porque o cordão prolapsado é vulnerável à compressão, oclusão da veia umbilical e vasoespasmo da artéria umbilical, o que pode comprometer a oxigenação fetal. O nascimento de emergência do concepto deve ocorrer pela via mais rápida e segura (Zugaib, 2016).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 16 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

6.10. Macrossomia fetal

Considerando o risco de distócia de ombro e lesão de plexo braquial, é razoável programar cesariana eletiva se houve distócia prévia do ombro, especialmente com uma lesão neonatal grave, se o peso fetal estimado for maior que 5.000g em mulheres sem diabetes (risco estimado de distócia de ombro > 20%) ou peso fetal estimado maior que 4.500g em mulheres com diabetes (risco de distócia em torno de 15%). Naturalmente, deve-se considerar o histórico obstétrico (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2016).

6.11. Gestação gemelar

Considera-se indicação para cesariana as gestações gemelares em que o primeiro feto não esteja em apresentação cefálica, gestações com três ou mais fetos e as monoamnióticas - para evitar complicações de cordão relacionadas ao segundo gemelar (Brasil, 2015; *Committee on Practice Bulletins*, 2016).

Quando o primeiro feto está cefálico, aguardar a evolução natural do trabalho de parto.

6.12. 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 (Zugaib, 2016), exceto quando o diagnóstico é feito durante o período expulsivo, com a cabeça fetal profundamente insinuada e presentes as condições de parto instrumentalizado.

6.13. Gestante soropositiva para HIV

Gestantes que estão em uso de antirretroviral e com supressão da carga viral sustentada, se não houver indicação de cesárea por outro motivo, é indicada a via de parto vaginal (BRASIL, 2016).

Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação diminui o risco da transmissão vertical do HIV.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 17 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

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 04 cm), o médico obstetra deve iniciar a infusão intravenosa de Azitromicina (AZT) e realizar a cesárea, se possível, após 3 horas de infusão (BRASIL, 2016).

Se apresentam trabalho de parto 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 (AIDSinfo, 2018).

Sempre que possível proceder ao parto empelcado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras) (BRASIL, 2016).

Não realizar ordenha do cordão umbilical, ligando-o imediatamente após a retirada do recém-nascido (RN). (BRASIL, 2016).

IMPORTANTE:

Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de realizar a histerotomia, minimizando o contato posterior do recém-nascido com sangue materno (BRASIL, 2016).

6.14. 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 (Brasil, 2015; ACOG, 2007).

6.15. Cesarianas Prévias

Recomenda-se o aconselhamento sobre o modo de nascimento em gestantes com operação cesariana prévia considerando as preferências e prioridades da mulher, os riscos e benefícios de uma nova operação cesariana e os riscos e benefícios de um parto vaginal após uma cesariana, incluindo o risco de uma operação cesariana não planejada. Deve-se esclarecer que há um aumento no risco de ruptura uterina com o parto vaginal após cesariana prévia. Este risco é, em princípio, baixo, porém aumenta à medida que aumenta o número de cesarianas prévias (BRASIL,

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 18 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

2016).

Gestantes com cicatriz uterina transversal possuem risco aumentado, quando submetidas à nova cesariana ou parto vaginal. Quanto maior o número de cesarianas prévias, maiores são os riscos (*Committee on Practice Bulletins-Obstetrics*, 2017).

A operação cesariana é recomendada para mulheres com três ou mais operações cesarianas prévias. (BRASIL, 2016)

Todas as informações fornecidas à parturiente, assim como a escolha feita por ela, devem constar em prontuário.

Os profissionais e instituições de saúde devem ter resguardada sua autonomia em relação à aceitação ou não da assistência ao parto vaginal após duas operações cesarianas. (BRASIL, 2016).

6.15.1. Prova de Trabalho de Parto

Os principais fatores que aumentam a chance de sucesso são: parto vaginal prévio (principalmente se após cesariana, aumentando a chance de sucesso para 85% a 90%) e cesariana realizada por situação fetal não tranquilizadora ou por apresentação pélvica (*Committee on Practice Bulletins-Obstetrics*, 2017; Berghella, 2018; Horey *et al.*, 2013). E os que reduzem a chance de sucesso são: índice de massa corporal (IMC) alto (o qual também aumenta a morbidade em caso de cesariana eletiva), idade materna avançada, gestação prolongada (mais de 40 semanas), cesariana prévia por parada de progressão, necessidade de indução ou condução do parto, intervalo interpartal menor do que 19 meses, pré-eclâmpsia, feto macrossômico (*Committee on Practice Bulletins-Obstetrics*, 2017; Berghella, 2018; Horey *et al.*, 2013).

Em princípio, todas as gestantes 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 (*Committee on Practice Bulletins- Obstetrics*, 2017; Berghella, 2018; Horey *et al.*, 2013).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 19 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Para que a prova de trabalho de parto seja segura, deve ser feita em um centro em que uma cesariana de emergência possa ser realizada rapidamente e em que esteja disponível a monitorização fetal. Não é aconselhável prova de trabalho de parto após cesariana fora de hospitais (Committee on Practice Bulletins- Obstetrics, 2017; Berghella, 2018; Horeyet *al.*, 2013).

Em mulheres com operação cesariana prévia e indicação para indução de trabalho de parto, é recomendado o uso de balão cervical ou ocitocina. (BRASIL, 2016).

No processo de indução do parto, o uso da sonda de Foley é uma alternativa segura e eficaz para o preparo do colo (Berghella, 2018).

O uso de misoprostol para indução do parto em mulheres com cicatriz de operação cesariana prévia, independentemente do número de cesarianas, não é recomendado. (BRASIL, 2016).

6.15.2. Particularidades

- Gestantes com duas ou mais cesarianas prévias têm um risco aumentado de rotura uterina quando comparadas às com uma cesariana prévia (de 0,9 para 1,8%). Apesar disso, pode-se tentar prova de trabalho de parto e a chance de sucesso parece ser a mesma do que nas gestantes com apenas uma cesariana prévia, além de ter o potencial de evitar os riscos relacionados a uma terceira ou quarta cesariana. A assinatura do termo de consentimento pós-informado é importante nessa situação (Brasil, 2015; *Committee on Practice Bulletins-Obstetrics*, 2017).

- O uso de misoprostol aumentou a chance de rotura uterina quando utilizado no terceiro trimestre e, por isso, não deve ser usado. No segundo trimestre, ele pode ser utilizado com segurança, pois o risco de rotura uterina é menor do que 1%.

- A analgesia de parto não é contraindicada e não aumenta o risco de rotura uterina ou insucesso da prova de trabalho de parto, devendo ser oferecida, pois aumenta a chance de uma mulher aceitar prova de trabalho de parto. Também não é esperado que mascare os sinais de rotura uterina, pois o principal deles é alteração do batimento cardíaco fetal (NICE, 2011; *Committee on Practice Bulletins-Obstetrics*, 2017; Berghella, 2018).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 20 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- É controverso que o uso de ocitocina aumenta o risco de rotura uterina. Portanto, pode ser utilizado nos casos em que a indicação é justificável, inclusive para a indução do parto. Gestantes que tiveram incisão uterina clássica, miomectomia grande ou rotura uterina prévia apresentam risco aumentado de rotura e devem evitar o parto vaginal. A idade gestacional para a interrupção nesses casos não está bem definida e encontram-se recomendações entre 36 e 39 semanas (*Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, 2017; Berghella, 2018; Horeyet al., 2013*).

- Mulheres com tipo de incisão uterina desconhecida podem tentar parto vaginal, a não ser que haja forte suspeita de incisão clássica.

- As gestantes com cesariana prévia que entram em trabalho de parto prematuramente (espontaneamente ou induzido em caso de necessidade) apresentam a mesma chance de sucesso da prova de trabalho de parto do que das gestantes a termo, mas a chance de rotura uterina é menor (Berghella, 2018).

- Gestação gemelar ou antecedente de incisão uterina vertical não aumentam o risco de rotura uterina ou do insucesso da prova de trabalho de parto (Berghella, 2018).

6.16. Intervalo entre Partos

Em mulheres com operação cesariana prévia e intervalo entre partos inferior a 15 meses (ou intergestacional inferior a seis meses) é recomendado individualizar a conduta relativa ao modo de nascimento. (BRASIL, 2016)

O risco de ruptura uterina parece aumentar com a redução do intervalo entre os partos. (BRASIL, 2016).



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 21 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Recomenda-se: monitorização fetal intermitente, uma equipe treinada capaz de detectar a iminência de ruptura uterina e acesso imediato à operação cesariana na suspeita de ruptura uterina. (BRASIL, 2016).

7. 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. (BRASIL, 2016)
- A utilização de dados antropométricos maternos (por exemplo, a altura materna ou o tamanho do pé) não são recomendados para prever a falha de progressão do trabalho de parto. (BRASIL, 2016)
- A avaliação ultrassonográfica da cicatriz uterina pós-cesariana segmentar não é recomendada como rotina em caso de mulher com uma ou mais operações cesarianas prévias. (BRASIL, 2016)

8. PRÉ-OPERATÓRIO

8.1. Anamnese Prévia

- História clínica e cirúrgica;
- Antecedentes anestésicos;
- Uso de drogas;
- Antecedentes transfusionais;
- Medicamentos em uso;
- Alergias;
- Tempo de rotura das membranas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 22 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

8.2. Exame Físico

Repetir toque vaginal em gestantes em trabalho de parto antes da anestesia para assegurar que não houve progressão suficiente que permita parto vaginal.

8.3. Exames Pré-Operatórios Mínimos

- Teste rápido para sífilis;
- Teste rápido para HIV (teste 1 e 2);
- Teste rápido Hepatite B;
- Teste rápido para Hepatite C;
- COOMBS Indireto, quando fator Rh negativo;
- Tipagem sanguínea;
- Hemograma.

8.4. Lista de Verificação de Parto Seguro

A Lista de Verificação de Parto Seguro (ANEXO 03), da Organização Mundial da Saúde (OMS), é um checklist das práticas recomendadas para a assistência ao parto, baseadas em evidências científicas, que tem como objetivo melhorar a segurança do parto e nascimento e reduzir a mortalidade materna e neonatal.

A Lista de Verificação de Parto Seguro, em conjunto com as diretrizes de boas práticas da OMS, é fundamental para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido, devendo seu uso ser iniciado ainda na admissão.

É agrupada em quatro seções, ou pontos de pausa, de acordo com as práticas consideradas essenciais ao parto:

1. Admissão
2. Parto Normal ou Cirurgia Cesariana
3. Pós- Parto Imediato
4. Alta

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 23 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

9. PREPARO, PREVENÇÃO E CONTROLE PRÉ- PARTO

- Ofertar banho de aspersão (chuveiro), antes da cirurgia.

É uma boa prática clínica a gestante tomar banho antes do encaminhamento ao Centro Cirúrgico (CC). Um sabonete simples pode ser usado para este fim (Condicional/ Evidência Moderada). No caso das cirurgias de urgência, o banho fica a critério da avaliação da equipe assistente.

IMPORTANTE:

Observar que o cabelo deve estar seco antes de ir para o bloco operatório, portanto, não deve ser molhado durante o banho.

Não é recomendado o uso de antisséptico.

O banho com antisséptico está reservado a situações especiais como antes da realização de cirurgias de grande porte, cirurgias com implantes ou em situações específicas como surtos (pandemias, epidemias, etc.).

- Realizar acesso venoso periférico (jelco calibre 18 ou 16);
- Realizar sondagem vesical de demora se necessário.

IMPORTANTE: Não há evidências de alta qualidade de que a colocação de rotina de uma sonda vesical seja vantajosa. Como alternativa, as gestantes com baixo risco de complicações intraoperatórias podem ser convidadas a esvaziar a bexiga pouco antes do procedimento. Quando necessária sondagem, ela pode ser realizada no pré-operatório ou no intraoperatório e removida o mais rapidamente possível (Brasil, 2015).

9.1. Preparo cirúrgico da pele

- A tricotomia não deve ser realizada com finalidade de prevenção de infecção. O uso de lâmina para remoção de pelo aumenta o risco de infecção puerperal. Havendo necessidade de realizar tricotomia, usar tricotomizadores elétricos ou tesouras (tonsura), devendo ser realizada fora da sala de cirurgia, antes do procedimento cirúrgico. (ANVISA, 2017)



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 24 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- Realizar degermação da pele do local próximo da incisão cirúrgica com clorexidina degermante, antes de aplicar solução antisséptica. O procedimento deverá ser realizado pelo circulante da sala, após a indução anestésica da gestante.

Material utilizado: cuba rim, 02 compressas limpas, clorexidina degermante.

- O produto é aplicado com a utilização da compressa, friccionando levemente a região da incisão cirúrgica e ao redor. Retirar o excesso com a compressa seca.
- Realizar a antisepsia no campo operatório no sentido centrífugo circular (do centro para a periferia) e ampla o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserções de drenos, com solução alcóolica de clorexidina.

9.2. Embrocação ginecológica com produto antisséptico aquoso

- As evidências apontam que a limpeza vaginal com clorexidina imediatamente antes da cesariana previnem endometrite pós-cirurgia, notadamente nas gestantes em trabalho de parto e/ou com membranas rotas (ANVISA, 2017).

9.3. Antissepsia cirúrgica das mãos

- Elimina a microbiota transitória e reduz a microbiota residente da pele das mãos e dos antebraços dos profissionais que participam das cirurgias. Proporciona efeito residual na pele do profissional.
- Utilizar água de torneira, esponjas impregnadas com antisséptico degermante (clorexidina 2%) ou por meio do uso de produto a base de álcool. Deve ser de 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção.

10. MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE INTRA-OPERATÓRIO.

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

Cefalosporina de primeira geração: Cefazolina 2g até 120 kg e 3g acima de 120 kg ***deve ser administrada nos 60 minutos que antecedem a incisão***, em dose única. Em caso de duração da cirurgia maior que 4 horas, sangramento maior que 1,5 L, nova dose deve ser administrada.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 25 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

IMPORTANTE:

Gestantes alérgicas a cefalosporinas, ou com reação anafilática grave a penicilina: Clindamicina 900mg com ou sem aminoglicosídeo (Gentamicina 5mg/kg).

- Realizar aferição e registro da temperatura no período pré, peri e pós-operatório visando a manutenção da normotermia. Uso de dispositivos de aquecimento na sala de cirurgia e durante o procedimento cirúrgico para o aquecimento do corpo da gestante com a finalidade de reduzir infecção do sítio cirúrgico (ISC). (Condicional/ Evidência Moderada).
- Retirada da placenta pela tração do cordão umbilical, evitar remoção manual.
- Redução do tempo cirúrgico. Ver Técnica Operatória (Item 12.1).

CONTROLE GLICÊMICO

Níveis glicêmicos devem ser mantidos abaixo de 180 mg/dL.

No período perioperatório, vários estudos apontaram que o descontrole glicêmico é fator de risco estatisticamente significativa para infecção pós-operatória. De acordo com a Associação Americana de Diabetes, o objetivo do controle glicêmico é manter a hemoglobina glicosilada menor que 7% em todo o perioperatório. Além disso, a glicemia deve ser mantida abaixo de 180mg/dl até 24h após o final da anestesia. Estudos apontam que o controle glicêmico e a manutenção da taxa acima mencionada por longos períodos favorecem a diminuição do risco de ISC, pneumonia e ITU.

Considerando que, no Brasil, cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico, é recomendado dosar a glicemia em jejum na avaliação pré-operatória de pacientes sem diabetes prévio, quando esses tiverem mais de 45 anos, ou quando houver fatores de risco como: excesso de peso, aumento de circunferência abdominal, hipertensão arterial e antecedente pessoal ou familiar de alterações da glicemia (COBAS, 2022).

Miller e col. consideram prudente usar a visita pré-operatória como uma oportunidade para diagnosticar diabetes até então desconhecida ou para verificar e otimizar o estado glicêmico de pacientes com diabetes diagnosticados. Além disso, as complicações sistêmicas associadas ao diabetes devem ser investigadas e otimizadas quando necessário.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 26 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

11. CONDUTAS ANESTÉSICAS

As técnicas neuroaxiais são a primeira escolha anestésica para cesariana. Elas permitem a participação da mãe na hora do nascimento e são mais seguras em vários aspectos. Em algumas situações, entretanto, podem falhar ou ter contraindicações absolutas ou relativas. Em casos como os listados a seguir, a anestesia geral é considerada a opção mais adequada: recusa por parte da gestante aos bloqueios espinhais, seja por opção ou por transtorno psiquiátrico grave, presença de comorbidades que contraindicam a técnica neuroaxial, como coagulopatias congênitas ou adquiridas, sepse, infecção no local da realização da anestesia, instabilidade hemodinâmica, doença neurológica em atividade e nos casos de insucesso da anestesia regional.

IMPORTANTE:

- Preencher a solicitação para realização do procedimento anestésico, registrando o horário e o nome do profissional solicitante;
- Anexar uma via da solicitação no prontuário;
- Termo de Consentimento Pós-Informação (anexo 2) preenchido e assinado pela gestante ou pelo seu representante legal e pelo anestesiológico responsável;
- Preencher a ficha de anestesia.

11.1. Cuidados Pré-Anestésicos Necessários

- Checar aparelhos/equipamentos e medicações necessárias para uso de rotina ou eventualmente, organizando-os para facilitar o acesso e a identificação;
- Verificar as condições clínicas e os exames da gestante;
- Observar o jejum de **2 horas para líquidos claros** e **6 horas para sólidos** em caso de cirurgia eletiva;
- Monitorar a gestante com cardioscópio e oxímetro de pulso, pressão arterial não-invasiva e diurese;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 27 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- Administração profilática de antieméticos (ondansetrona) e antiácido venoso (omeprazol) nas gestantes com maior risco de aspiração;

- Realizar assepsia da região a ser puncionada com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica.

11.2. Anestesia Regional

11.2.1. Anestesia Raquidiana

- Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo (preferencial) ou sentada;
- Realizar punção do espaço subaracnóide em L3-L4 pelo acesso mediano ou para- mediano, com agulha calibre 25, 26 ou 27 descartável, observando saída de líquido;
- Administrar anestésico local por via raquidiana: bupivacaína 0,5% hiper ou isobárica 12,5 mg;
- Administrar opiáceo: morfina 80 mcg;
- Observar a adequação volêmica, com administração de fluídos, visando estabilidade hemodinâmica, durante todo o procedimento;
 - Após o bloqueio regional a gestante deverá permanecer em decúbito dorsal com deslocamento manual do útero para esquerda;
 - Administrar vasoconstritores para a estabilidade da pressão arterial próxima aos níveis iniciais:
 - Etillefrina 10 mg, diluir uma ampola para 10 ml. Aplicar em *bolus* 1 ml da solução (1mg).
 - Efedrina 50 mg, diluir uma ampola para 10 ml. Aplicar em *bolus* 1 ml da solução (5 mg).

IMPORTANTE:

A partir da extração do conceito, manter infusão venosa de ocitocina, com concentração inicial de 0,01 UI/ml. Observar o campo operatório para ajustar a velocidade de infusão e/ou aumento de concentração, considerando o tempo do início de ação a cada novo ajuste.

11.2.2. Cuidados pós-anestésicos de responsabilidade do anestesiológico

- Encaminhar a puérpera para a sala de recuperação pós-anestésica, até que atinja o Índice de Aldrete compatível com alta do centro-cirúrgico;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 28 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- Relatar as complicações e/ou efeitos colaterais na ficha de anestesia;
- Introduzir a alimentação e a deambulação subsequentemente, de acordo com a ausência de complicações e/ou efeitos colaterais, observando o índice máximo da escala de Aldrete;
- Manter a puérpera em repouso no leito por no mínimo 6 horas. O primeiro deambular deverá ser obrigatoriamente acompanhado.

11.2.3. Cuidados pós-anestésicos de responsabilidade da Enfermagem

- Frequência respiratória menor que 8 IRPM e/ou sonolência deverão ser comunicadas ao médico plantonista;
- O emprego de morfina espinhal exige observação mais atenta pela enfermagem, pelo período mínimo de 12 horas.

***O controle de sinais vitais do paciente na primeira hora de 15/15min, na segunda hora de 30/30min e 1/1h a partir da terceira hora.**

IMPORTANTE

Puérperas que necessitam de maior vigilância devem permanecer por mais tempo no Centro Cirúrgico:

- Hemorragias Perioperatórias;
- Subinvolução Uterina;
- Hipertensão Arterial Moderada ou Grave.

11.2.4. Cefaleia pós-punção meníngea

Leve

- Repouso no leito;
- Hidratação venosa;
- Anti-inflamatórios não esteroidais.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 29 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Moderada

- Repouso no leito;
- Hidratação venosa;
- Anti-inflamatórios não esteroidais;
- Paracetamol 500mg e Cafeína 65 mg (Excedrin) 1 comprimido de 6/6 h.;
- *Blood patch* 10 a 20 ml no local da punção ou abaixo. Pode ser repetido na falha do tratamento.

O procedimento envolve consentimento pós-informação.

Grave

- Semelhante ao tratamento da cefaleia moderada, porém priorizando *blood patch*;
- Considerar a necessidade de parecer neurológico. O acompanhamento pelo Setor de Anestesiologia deve perdurar até completa remissão dos sintomas.

11.2.5. Recomendações para evitar a falha

- Observar fluxo de líquido pré e pós- injeção;
- Realizar seleção de espaço adequado;
- Posicionar adequadamente a gestante;
- Gestantes com obesidade, com alterações morfológicas ou cirurgias ortopédicas prévias na coluna devem de preferência, apresentar exames anteriores com laudo, ou proceder ao exame ultrassonográfico da coluna;
- O tempo para diagnóstico de falha completa é de 20 minutos.

11.2.6. Falha na raquianestesia

- Repetir a técnica sem aditivos, mudando posicionamento, um espaço acima;
- Realizar conversão para anestesia combinada, preferencialmente em outro espaço.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 30 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

11.3. Anestesia Peridural

- Gestante deitada em decúbito lateral esquerdo (*preferencial*) ou sentada;
- Anestesia da pele e subcutâneo com lidocaína 1% sem epinefrina;
- Punção do espaço peridural com agulha de Touhy descartável, em L3-L4 ou em L2-L3, pelo acesso mediano ou paramediano, observando a perda da resistência à injeção do ar e/ou água;
- Introdução do cateter peridural (se houver a indicação), observando a presença de dor, parestesia, aspiração negativa pra sangue ou líquido;
- Administração de anestésico local:
 - Lidocaína 2% com vasoconstrictor 60 mg (como dose teste);
 - Bupivacaína 0,5% ou lidocaína 2% com epinefrina em volume suficiente para bloqueio de região abdominal.
- Administração de opiáceos: morfina 01 mg;
- Após bloqueio regional, a gestante deverá permanecer em decúbito dorsal, com deslocamento manual do útero para a esquerda;
- Observar a adequação volêmica, com administração de fluídos, visando estabilidade hemodinâmica, durante todo o procedimento;
- Administrar vasoconstritores para estabilidade da pressão arterial próxima aos níveis iniciais;
- A partir da extração do concepto, manter infusão venosa de ocitocina, com concentração inicial de 0,01 UI/ml. Observar o campo operatório para ajustar a velocidade de infusão e/ou aumento de concentração, considerando o tempo do início de ação a cada novo ajuste.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 31 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

11.3.1. Cuidados pós-anestésicos de responsabilidade do anesthesiologista

- Encaminhar a puérpera para a sala de recuperação pós-anestésica, até que atinja o Índice de Aldrete compatível com alta do centro-cirúrgico;
- Relatar as complicações e/ou efeitos colaterais na ficha de anestesia;
- Introduzir a alimentação e a deambulação subsequentemente, de acordo com a ausência de complicações e/ou efeitos colaterais, observando o índice máximo da escala de Aldrete;
- Manter a puérpera em repouso no leito por, no mínimo, 6 horas. O primeiro deambular deverá ser obrigatoriamente acompanhado.

IMPORTANTE:

- Frequência respiratória menor que 8 IRPM e/ou sonolência deverão ser comunicadas ao médico plantonista;
- Puérperas que necessitam de maior vigilância devem permanecer por mais tempo no Centro Cirúrgico:
 - Hemorragias Perioperatórias;
 - Subinvolução Uterina.
- Hipertensão Arterial Moderada ou Grave;
- O emprego de morfina espinhal exige observação mais atenta pela enfermagem, pelo período mínimo de 12 horas.

11.3.2. Recomendações para evitar a falha

- Realizar punção próxima ao segmento medular envolvido no procedimento;
- Posicionar adequadamente a gestante;
- Dar preferência à técnica continua com fixação adequada e comprimento do cateter adequado no espaço peridural.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 32 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

11.3.3. Falha na anestesia peridural

- Proceder a raquianestesia ou anestesia geral.

11.4. Anestesia Geral

- Indicações: falha da anestesia regional, recusa da gestante, contraindicações de bloqueios regionais;
 - Realizar o preparo e a monitorização da gestante;
 - Realizar pré-oxigenação por 5 minutos;
 - Administrar medicação profilática: ondansetrona e, eventualmente, antiácidos não particulados (omeprazol);
 - Realizar indução rápida e intubação oro-traqueal com manobra de *Sellick*;
 - Planejar analgesia pós-operatória;
 - Manter a gestante em decúbito dorsal com deslocamento manual do útero para a esquerda;
 - Observar a adequação volêmica, com administração de fluídos, visando estabilidade hemodinâmica durante todo o procedimento;
 - Administrar vasoconstritores para a estabilidade da pressão arterial próxima aos níveis iniciais;
 - Observar o campo operatório para ajustar a velocidade de infusão e/ou o aumento de concentração considerando o tempo do início de ação a cada novo ajuste.

IMPORTANTE:

A partir da extração do conceito, manter infusão venosa de ocitocina com concentração inicial de 0,01 UI/ml;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 33 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

11.4.1. Cuidados pós-anestésicos de responsabilidade do anestesologista

- Encaminhar a puérpera para a sala de recuperação pós-anestésica até que atinja o Índice de Aldrete compatível com a alta;
- Puérpera deverá permanecer em repouso no leito por, no mínimo, 06 horas;
- A primeira deambulação deverá ser obrigatoriamente acompanhada;
- Relatar as complicações e/ou efeitos colaterais na ficha de anestesia;
- Introduzir a alimentação e a deambulação subsequentemente de acordo com a ausência de complicações e/ou efeitos colaterais, observando o índice máximo da escala de Aldrete.

IMPORTANTE:

Puérperas que necessitam de maior vigilância devem permanecer por mais tempo no Centro Cirúrgico (mínimo 02 horas de observação):

- Hemorragias perioperatórias;
- Subinvolução uterina;
- Hipertensão arterial moderada ou

12. CUIDADOS GERAIS DA TÉCNICA CIRÚRGICA

- Realizar hemostasia adequada para reduzir a possibilidade de hematoma; minimizar trauma e usar cautelosamente o cautério e ligaduras vasculares evitando necrose tecidual; não deixar espaço morto no fechamento dos planos cirúrgicos e remover tecidos desvitalizados;
- O tempo de duração da cirurgia também é considerado fator de risco para Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 34 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

12.1. TÉCNICA OPERATÓRIA

12.1.1. Incisão Abdominal

Embora a incisão abdominal pela técnica de Pfannenstiel seja mais difundida, uma revisão sistemática da Cochrane avaliando um total de 14 estudos randomizados em 2008, apontou redução de tempo cirúrgico e da ocorrência de febre com a utilização da técnica de Joel-Cohen (incluindo Misgav-Ladach e variantes). Outra revisão sistemática, publicada em 2013, com 04 estudos randomizados comparando as duas técnicas também demonstrou redução da morbidade febril pós-cesárea na incisão abdominal pela técnica Joel-Cohen. O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomenda a incisão abdominal de Joel-Cohen também pela sua associação com redução de tempo operatório e morbidade febril pós-operatória.

A incisão Pfannenstiel consiste em incisão transversa, curvada, 2 a 3 cm da sínfise púbica, medindo de 8 a 12 cm. A incisão Joel-Cohen consiste em incisão transversa reta, 3 cm abaixo da linha entre as cristas ilíacas, superior à incisão Pfannenstiel.

A incisão mediana é realizada infraumbilical e permite acesso mais rápido à cavidade abdominal, causa menor sangramento e lesão de nervos superficiais e pode ser ampliada cefalicamente quando se precisa de mais espaço para acesso. Esse tipo de incisão é raramente realizada e deve ser escolhida quando o tempo entre a incisão e o nascimento é crítico, a incisão transversa não fornecerá uma exposição adequada ou a gestante possui algum distúrbio de coagulação que aumenta o risco de formação de hematoma (Cargill e MacKinnon, 2004). Para gestantes com obesidade severa, tem-se a possibilidade da incisão ao redor e acima da cicatriz umbilical, evitando um grande panículo adiposo.

12.1.2. Abertura do tecido subcutâneo

Não existem ensaios clínicos randomizados comparando técnicas de incisão com técnicas de dissecação do tecido subcutâneo. A dissecação com os dedos, de medial para lateral, tem sido associada com menor tempo cirúrgico, menor risco de danos em vasos e menos dor pós-operatória. Pode-se, também, realizar a abertura com bisturi frio ou eletrocautério e divulsionar o

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 35 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

tecido com afastador de Farabeuf (Brasil, 2015; Dahlkeet *al.*, 2013).

12.1.3. Aponeurose

Realiza-se uma pequena incisão na camada fascial com bisturi e, subsequentemente, estende-se lateralmente com tesoura, prolongando-se 1 a 2 cm por baixo da pele. Pode-se estender a incisão com as mãos, inserindo um dedo de cada mão embaixo da aponeurose e puxando na direção cefalocaudal.

Esta técnica é utilizada como parte da cirurgia Joel-Cohen/Misgav-Ladach. Ensaio clínico randomizado, comparando ambas as técnicas de incisão, não observou diferença significativa na dor pós-operatória entre elas (Brasil, 2015; Freitas *et al.*, 2017).

Em seguida, faz-se descolamento da aponeurose para cima, com tesoura e dissecação romba, no sentido do umbigo, numa extensão de 8 a 10 cm. Da mesma maneira, realiza-se o descolamento para baixo, até a sínfise púbica (Brasil, 2015; Freitas *et al.*, 2017).

12.1.4. Músculo reto abdominal e piramidal

Na maioria dos casos, pode-se separar os músculos retos abdominais e piramidais, na linha média, apenas afastando-os com manobra digital (divulsão) e tesoura. A transecção da musculatura deve ser evitada (Brasil, 2015; NICE, 2011).

12.1.5. Peritônio

A abertura do peritônio parietal deve ser realizada no sentido vertical, com os dedos, abrindo bruscamente. Esta técnica reduz o risco de lesão inadvertida dos órgãos abdominais. Em gestantes com aderências, deve-se realizar dissecação cautelosa, através de visão direta. Deve-se realizar a abertura do peritônio visceral, acima da reflexão vesical.

A prática de afastar a bexiga no sentido caudal é controversa. Devemos reservar essa prática para as situações em que ela é necessária tecnicamente, como nas aderências e na necessidade para acessar melhor o segmento (Brasil, 2015; Dahlkeet *al.*, 2013).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 36 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

12.1.6. Incisão Uterina

Os dados parecem suficientes para recomendar a divulgação digital, que também é mais rápida de ser realizada. Além disso, está associada a menor risco de sangramento e necessidade transfusional.

12.1.7. Extração Fetal

A extração fetal deve ser realizada após a retirada da válvula de Doyen. Para fetos em apresentação cefálica, utiliza-se a manobra de Geppert, orientando a cabeça do feto com a região occipital voltada para a incisão e fazendo uma leve pressão no fundo uterino. Se houver circular de cordão, deve ser desfeita. Em seguida, completa-se a extração fetal (Rezende e Montenegro, 2006; Berghella, 2018).

Dificuldade na extração do feto durante a cesariana é mais comum nos casos de fetos não insinuados (cesarianas eletivas) ou muito insinuados (cesariana de urgência em trabalho de parto avançado). Pode levar a danos para o bebê como lesões de plexo braquial, fraturas (especialmente de úmero e clavícula), hematoma subdural e lesão hipóxica por demora no nascimento; e complicações para a mãe como extensão da incisão uterina, hemorragia e lesão de grandes vasos, ligamento largo, cérvix, vagina e trato urinário (Berghella, 2018).

Quando a apresentação se encontra profundamente insinuada e as manobras no campo cirúrgico são ineficazes, o auxiliar pode elevar o polo cefálico impactado, realizando um toque vaginal (parto abdominovaginal).

Outra alternativa é a técnica de extração reversa, quando a mão do cirurgião é inserida no útero em direção ao fundo para pegar os pés fetais, que são então tracionados para executar uma extração podálica. A extração reversa parece apresentar menor risco de extensão lateral da incisão uterina, menor perda de sangue e menor tempo cirúrgico do que o parto abdominovaginal, mas pode exigir a ampliação em “T” ou em “J” da histerotomia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 37 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Pode-se utilizar também instrumentos específicos para a situação (alavancas), bem como o fórceps ou o vácuo extrator. A instrumentação aumenta o risco de lesões e prolongamento lateral da histerotomia (Brasil, 2015; Freitas *et al.*, 2017; Berghella, 2018).

Na apresentação pélvica, a extração é semelhante ao parto pélvico vaginal. Quando existem dificuldades, pode-se iniciar a extração pelas pernas e pés para então extrair a pelve. A retirada da cabeça pode ser efetuada com as mesmas manobras utilizadas no parto vaginal como Lovsett e Mauriceau-Smellie-Veit ou uso de fórceps de Piper no caso de cabeça derradeira (Rezende e Montenegro, 2006; Berghella, 2018).

Nas apresentações cefálicas altas, córmicas e de prematuros extremos, podem ser necessárias a versão interna e a extração podálica.

Nos casos de nascimento de feto vigoroso, que não necessite de avaliação imediata da equipe de neonatologia, deve-se aguardar 30 a 60 segundos para clampear o cordão. Essa técnica resulta em maiores níveis de hemoglobina neonatal e facilita a transição fetal para neonatal (Brasil, 2015).

12.1.8. Extração placentária

Deve-se realizar tração leve do cordão umbilical e pode-se administrar ocitocina para facilitar a dequitação espontânea da placenta. Ensaios clínicos randomizados demonstraram que a extração manual da placenta está associada com maiores índices de endometrite pós-operatória e maior perda sanguínea. Não existem evidências consistentes de benefício da drenagem sanguínea do sangue residual do cordão e da placenta antes da dequitação (Brasil, 2015; Berghella, 2018).

Se necessário, pode-se friccionar uma compressa na face internada cavidade uterina, a fim de retirar membranas ovulares residuais ou restos placentários. Essa manobra também estimula a contratilidade uterina (Brasil, 2015; Berghella, 2018).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 38 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Na sequência, o cirurgião deve realizar a troca das luvas, como medida profilática de infecção e de deiscência da ferida operatória.

A ocitocina deve ser administrada intravenosa, para promover contração uterina e, assim, prevenir hemorragia puerperal (Berghella, 2018).

12.1.9. Sutura Uterina

O fechamento uterino pode ser realizado exteriorizando o útero ou mantendo-o na cavidade abdominal. A escolha depende da preferência pessoal do cirurgião, bem como de circunstâncias clínicas. A sutura, com fio absorvível, pode ser realizada em uma ou duas camadas, a depender da quantidade de sangramento bem como da espessura do miométrio. Geralmente, quando a incisão realizada é vertical, opta-se por sutura em camada dupla. Com relação à técnica de sutura, não existem evidências que guiem a escolha entre as técnicas de sutura (contínua simples, contínua ancorada e separada) (Zugaib, 2016; Brasil, 2015; Berghella, 2018).

Dilatação cervical e lavagem uterina antes do fechamento miometrial não diminuem o risco de infecção pós-operatória, portanto, não devem ser realizadas (Brasil, 2015; Berghella, 2018).

IMPORTANTE:

Contagem De Compressas, Gazes e Instrumentos Cirúrgicos

A contagem de compressas, gazes e instrumentos cirúrgicos é um protocolo essencial de segurança do paciente que envolve contar o material antes, durante e após o procedimento cirúrgico para evitar que compressas ou outros itens sejam esquecidos dentro do paciente.

Contagem inicial:

Antes do início da cirurgia, ou antes que qualquer item seja entregue ao campo cirúrgico, a equipe conta as compressas (geralmente em pacotes padronizados) e registra o resultado

Contagens intermediárias:

Durante o procedimento, a contagem é realizada em pontos estratégicos, como após o início de uma incisão ou troca de equipe, para garantir que o total de itens corresponda ao que está sendo utilizado no campo cirúrgico.

Contagem final:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 39 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Ao final da cirurgia, a equipe realiza a contagem final de todos os materiais para verificar se todos os itens foram contabilizados e removidos do campo cirúrgico. Qualquer divergência deve ser resolvida antes do fechamento das incisões.

12.1.10. Fechamento da parede abdominal

Antes de realizar o fechamento abdominal, deve-se realizar um inventário da pelve, com o intuito de verificar a hemostasia. No entanto, não é necessário realizar lavagem abdominal, uma vez que não reduz a morbidade materna e pode aumentar a náusea pós-operatória.

A reaproximação do peritônio parietal e visceral aumenta em média 6 minutos o tempo cirúrgico. Não existem evidências de benefícios com o fechamento, contudo, deve-se fazer uma revisão atenciosa da hemostasia (Berghella, 2018).

Não existem ensaios clínicos randomizados que comparem fechamento com não fechamento da musculatura da parede abdominal. Quando realizado, deve ser utilizado fio absorvível e a sutura pode ser feita contínua simples ou “em U”.

O fechamento da aponeurose consiste em etapa importante. Deve ser realizada técnica de sutura contínua não ancorada, com fio de absorção lenta (como o poliglicólico).

Os benefícios do fechamento do tecido subcutâneo provêm de estudos com baixa qualidade de evidência. O fechamento do espaço morto da ferida operatória parece reduzir o risco de seroma e hematoma e, conseqüentemente, a chance de deiscência da sutura. Ensaios clínicos randomizados demonstram que o fechamento deve ser realizado quando a espessura do tecido subcutâneo for superior a 2 cm. A técnica é realizada com fio de absorção lenta e pontos separados. Não existem ensaios clínicos que comprovem o benefício de lavar o tecido subcutâneo antes do fechamento, bem como a colocação rotineira de drenos (Brasil, 2015; Berghella, 2018).

Ensaios clínicos randomizados demonstraram menor índice de complicações de ferida operatória com sutura da pele, em comparação ao uso de grampos. Não existe consenso sobre o melhor tipo de sutura. Nos casos em que o risco de infecção de parede é acentuado, devemos considerar o uso de pontos separados (Brasil, 2015; Berghella, 2018).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 40 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

13. ASSISTÊNCIA PÓS-OPERATÓRIA

- Monitorar rigorosamente os sinais vitais, tônus uterino, sangramento vaginal, sangramento incisional e a diurese;
 - Estimular deambulação precoce, assim que os efeitos da anestesia tenham cessado;
 - A dieta pode ser reintroduzida 6 a 8 horas após o procedimento. Esse retorno precoce não está relacionado com aumento da frequência de flatos, náusea, vômito, íleo paralítico nem dor;
 - Para manter analgesia da puérpera, devem-se administrar analgésicos simples. Na ausência de contraindicação, associam-se anti-inflamatórios não esteroidais. Em casos de dor intensa, pode-se recorrer, ainda, ao uso da morfina ou do tramadol;
 - O curativo deve ser mantido fechado por 24 horas após a cirurgia. Após esse período, ele pode ser retirado e não há necessidade de um novo; (Brasil, 2017)

*Em caso de molhar, sujar ou soltar, pode ser trocado a critério médico.

MEDIDAS DE TROMBOPROFILAXIA

Medidas para tromboprofilaxia devem ser indicadas para todas as puérperas.

Naquelas com maior risco, além das medidas mecânicas, a profilaxia farmacológica deve ser prescrita.

Recomenda-se a administração de heparina para as puérperas com um fator de risco maior, dois fatores de risco menores ou um fator de risco menor se a cesariana foi de emergência.

Fatores de risco maior:

- Imobilidade (repouso no leito por pelo menos uma semana no período anteparto);
- Hemorragia pós-parto (com mais de 1.000 mL de perda);
- Tromboembolismo venoso prévio;
- Pré-eclâmpsia com restrição de crescimento fetal;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 41 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- Trombofilias (deficiência de antitrombina, fator V de Leiden, protrombina G20210A ou síndrome antifosfolípide);

- Condições médicas (lúpus, cardiopatias ou anemia falciforme) ou transfusão sanguínea ou infecção puerperal.

Fatores de risco menor:

- IMC > 30 kg/m²;
- Gestação gemelar;
- Fumante (> 10 cigarros/dia);
- Restrição de crescimento fetal;
- Trombofilias (deficiência de proteína C ou S);
- Pré-eclâmpsia (Brasil, 2015; NICE, 2011; Berghella, 2018).

As opções de medicamentos são:

- Heparina não fracionada, na dose de 5.000 U 12/12h (SC), ou heparina de baixo peso molecular (HBPM), como a enoxaparina. Na obesidade importante, a dose deve ser ajustada pelo peso.

- Deve ser iniciada de 6 a 12 horas após a cirurgia e mantida durante a internação hospitalar. Nos casos de maior risco, pode ser indicada por mais uma a seis semanas do puerpério (NICE, 2011; Berghella, 2018).

Posologia - Enoxaparina profilática

- Peso < 50 Kg = 20 mg/dia
- Peso 50-90 Kg = 40 mg/dia
- Peso 91-130 Kg = 60 mg/dia
- Peso 131-170 Kg = 80 mg/dia
- Peso > 170 Kg = 0.6 mg/Kg/dia

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 42 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

IMPORTANTE:

Se houver contraindicações para anticoagulação (sangramento ativo, coagulopatia, trombocitopenia < 75.000/uL, hipertensão arterial descontrolada com PAS ≥ 200mmHg ou PAD ≥ 120mmHg, doença renal ou hepática severa), considerar apenas medidas de profilaxia mecânica.

Todas as mulheres devem ser encorajadas a se mobilizarem durante o trabalho de parto e após o parto;

- A desidratação deve ser evitada;
- Todas as mulheres com obesidade mórbida (IMC > 40 Kg/m²) devem receber HBPM por 7 dias após o parto;
- Todas as mulheres portadoras de trombofilia hereditária ou adquirida, assintomáticas, devem ser consideradas para tromboprofilaxia com HBPM por 7 dias após o parto, mesmo se elas não estavam em uso de tromboprofilaxia antes do parto. A profilaxia deve ser estendida por 6 semanas se houver história familiar ou outros fatores de risco presentes;
- Mulheres com TEV antes da gravidez atual devem receber HBPM por 6 semanas após o parto;
- Mulheres que estavam em uso de HBPM antes do parto devem continuar recebendo doses profiláticas de HBPM até 6 semanas após o mesmo, mas, uma avaliação de risco deve ser feita. Se elas estavam em uso de anticoagulação de longo prazo com Warfarin, o mesmo pode ser iniciado quando o risco de hemorragia for baixo (5-7 dias após o parto).
- Tanto Warfarin quanto HBPM são seguros na amamentação

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 43 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

14. FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO ASSOCIADA À CIRURGIA CESARIANA

Somados aos fatores de risco comuns para complicações infecciosas na gestação e no parto existem os fatores relacionados à infecção de sítio cirúrgico. Fatores comumente discutidos na literatura:

- Tempo prolongado de cirurgia: a duração média estimada da cirurgia cesariana é de 56 minutos, acima desse tempo, o risco aumenta;
- Lesão acidental de órgão;
- Cesariana de emergência;
- Cesariana após início de trabalho de parto;
- Antibioticoprofilaxia não realizada no tempo e dose indicados.

15. CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO (PECULIARIDADES DA OPERAÇÃO CESARIANA)

- É necessário contar com uma equipe de profissionais de saúde treinada em reanimação neonatal antes do nascimento de qualquer RN, independente da via de parto. Tal equipe deve realizar anamnese materna e preparar o material para o uso imediato na sala de parto. (BRASIL, 2016).
- É recomendado manter a temperatura ambiente entre 23°C a 25°C (SBP/PRN, 2022).
- Todo material necessário para reanimação deve ser preparado, testado e estar disponível em local de fácil acesso antes do nascimento. Esse material é destinado à avaliação do recém-nascido, manutenção da temperatura, aspiração de vias aéreas, ventilação e administração de medicações (BRASIL, 2016).



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 44 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

IMPORTANTE:

Manter a incubadora de transporte sempre aquecida, não devendo ser desligada.

Caso seja necessário realizar o transporte intrahospitalar do RN, deve-se seguir as orientações do protocolo de transporte intrahospitalar da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP/ PRN 2022).

15.1. Clampeamento do Cordão**Para o RN \geq 34 semanas**

No RN saudável e com boa vitalidade ao nascer, **clampear o cordão no mínimo 60 segundos após a extração do concepto do útero materno**. O clampeamento tardio, quando comparado ao imediato, é benéfico quanto à concentração de hemoglobina nas primeiras 24 horas de vida e à concentração de ferritina até 3-6 meses, embora possa elevar a frequência de policitemia. É preciso acompanhar a icterícia do RN. (SBP-PRN/ FEBRASGO, 2022)

Em RN que não começa a respirar logo após o nascimento, o clampeamento tardio do cordão retarda o início da ventilação com pressão positiva. Não existem evidências do benefício do clampeamento tardio nessa situação. Sugere-se, antes do clampeamento imediato do cordão, fazer o estímulo tátil no dorso, de modo delicado e no máximo duas vezes, e a seguir levar o RN à mesa de reanimação. (SBP-PRN/ FEBRASGO, 2022)

As evidências existentes são insuficientes para recomendar a ordenha de cordão em RN com idade gestacional (IG) \geq 34 semanas, tanto naqueles com boa vitalidade quanto nos que não respiram ou se apresentam hipotônicos ao nascer. (SBP-PRN/ FEBRASGO, 2022)

Realizar procedimentos de reanimação com o cordão intacto está restrito ao ambiente de pesquisa. (SBP-PRN/ FEBRASGO, 2022)

Nos casos de mães isoimunizadas ou portadoras de vírus HIV ou HTLV (vírus linfotrópicos de células T humanas) ou com necessidade de reanimação neonatal, o clampeamento deve ser imediato. (BRASIL, 2016).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 45 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Para o prematuro < 34 semanas

Após a extração completa, se o RN <34 semanas começou a respirar ou chorar e se está ativo, indica-se aguardar 30 segundos ou mais, antes de clampear o cordão umbilical. É preferível aguardar 30 segundos ou mais antes de clampear o cordão do que realizar a ordenha.

No RN <34 semanas que não respira ou se apresenta hipotônico ao nascer, não existem evidências do benefício do clampeamento tardio do cordão nem da ordenha. Sugere-se, antes do clampeamento imediato do cordão, fazer o estímulo tátil no dorso, de modo delicado e no máximo duas vezes, e a seguir levar o RN à mesa de reanimação.

Realizar procedimentos de reanimação com o cordão intacto está restrito ao ambiente de pesquisa.

15.2. Contato Pele a Pele

- O contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido deve ser assegurado e facilitado nas operações cesarianas, exceto aos bebês com necessidade de reanimação neonatal ou caso haja alguma intercorrência com a mãe que impossibilite o cuidado térmico. (BRASIL, 2016).

IMPORTANTE:

Às mães vinculadas ao Projeto Acolhendo Vidas é resguardado o direito de não realizar o contato pele a pele.

15.3. Amamentação

- É recomendado que o recém-nascido seja estimulado a mamar logo após o parto, se o bebê e a mãe estiverem em boas condições e se esse for o desejo da mãe (BRASIL, 2016);
- Deve-se oferecer suporte adicional para a mulher que foi submetida à operação cesariana para ajudá-la a iniciar o aleitamento materno. (BRASIL, 2016).

16. LIGAÇÃO TUBÁRIA

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 46 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- A esterilização definitiva voluntária no Brasil (ligadura tubária ou vasectomia) é realizada em conformidade com a Lei nº 14.443 de 02/09/2022.
- A legislação vigente estabelece que a realização de esterilização definitiva somente poderá ser realizada em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce;
- É recomendado que o modo de nascimento não seja determinado em função da realização da ligadura tubária.

17. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- Bisturi elétrico;
- Mesa de Mayo – Mesa principal com instrumentais para cirurgia:
 - Bandeja de cesárea (instrumentais);
 - Lâmina de bisturi nº 22;
 - Caneta/ponta;
- Mesa auxiliar cirúrgica grande:
 - Luva estéril;
 - Capote estéril;
 - Bandeja antisepsia (cuba rim, cuba redonda, pinça de antisepsia)
 - Coletor de secreção vias aéreas;
 - Campo cirúrgico para cobertura de mesa de Mayo;
 - Campo cirúrgico (fronha) para mesa de Mayo;
 - Campo cirúrgico para cobertura de mesa auxiliar grande;
 - Campo cirúrgico simples para o recém-nascido;
 - 06 pacotes de compressas (24 unidades);



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 47 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- Gaze estéril;
- Clorexidina alcoólica 2,0%;
- Seringa 20 ml;
- Agulha 40x12;
- Fios de suturas (nylon 4/0 e kit set cesárea – 03 agulhas).
- Mesa auxiliar cirúrgica pequena superior – Anestesia:
 - Bandeja peridural;
 - Compressas;
 - Gaze estéril;
 - Seringa de 01 ml;
 - Seringa de 03 ml;
 - Seringa de 05 ml;
 - Agulha 30 x 0,8 mm;
 - Agulha 40 x 1,2 mm;
 - Agulha 13 x 0,45 mm;
 - Álcool 70%.
- Outros:
 - Luva de procedimento;
 - Máscara cirúrgica descartável;
 - Saco plástico para coleta da placenta;
 - Álcool 70%;
 - Solução de Cloreto de Sódio 0,9% (frasco de 500 ml);
 - Tubo de ensaio de tampa roxa (coleta de sangue de cordão);
 - Pulseira de identificação do binômio;
 - Impressos;
 - Livro de Procedimento Cirúrgico.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 48 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

18. MATERIAL NECESSÁRIO PARA ASSISTÊNCIA AO RN NA SALA DE PARTO

- Sala de parto e/ou de reanimação com temperatura ambiente de 26°C:
 - Mesa de reanimação com acesso por três lados;
 - Fonte de calor radiante;
 - Fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetros;
 - Aspirador a vácuo com manômetro;
 - Relógio de parede com ponteiros de segundos;
 - Termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente;

- Material para aspiração
 - Sondas: traqueais nº 6, 8 e 10;
 - Sondas gástricas curtas nº 6 e 8;
 - Dispositivo para aspiração de mecônio;
 - Seringa de 20 mL.

- Material para ventilação
 - Reanimador manual neonatal (balão auto inflável com volume máximo de 750 mL, reservatório de O₂ e válvula de escape com limite de 30-40 cm H₂O e/ou manômetro);
 - Ventilador mecânico manual neonatal em T;
 - Máscaras redondas com coxim para prematuros tamanho 00 e 0 e termo 01;
 - Blender para mistura oxigênio/ar;
 - Oxímetro de pulso com sensor neonatal e bandagem elástica escura.

- Material para intubação traqueal
 - Laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00, 0 e 01;



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 49 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- Cânulas traqueais sem balonete, sem diâmetro uniforme 2,5/ 3,0/ 3,5 e 4,0 mm;
- Material para fixação da cânula: tesoura, fita adesiva e algodão com Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- Pilhas e lâmpadas sobressalentes;
- Detector colorimétrico de CO₂ expirado.
- **Medicações**
 - Adrenalina diluída em SF 0,9% a 1/10.000 em uma seringa de 5,0 mL para administração única endotraqueal;
 - Adrenalina diluída em SF 0,9% a 1/10.000 em uma seringa de 1,0 mL para administração endovenosa;
 - Expansor de volume (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em duas seringas de 20 mL;
 - Álcool etílico 70% ou clorexidina alcoólica 0,5%;
 - Nitrato de prata 1% e ampola de água destilada;
 - Vitamina K1.
- **Material para cateterismo umbilical**
 - Campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze;
 - Pinça tipo kelly reta de 14 cm e cabo de bisturi com lâmina de nº 21;
 - Porta agulha de 11 cm e fio agulhado mononylon 4.0;
 - Sonda traqueal sem válvula nº 6 ou 8 ou cateter umbilical 5F ou 8F.
- **Outros**
 - Luvas e óculos de proteção individual;
 - Compressas e gazes esterilizadas;
 - Estetoscópio neonatal;
 - Saco de polietileno de 30x50 cm e touca para proteção térmica do RN prematuro;
 - Seringas de 20 mL, 10 mL, 5 mL e 1 mL e agulhas;
 - Balança digital e antropômetro.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 50 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

19. RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Não utilizar adornos: alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches, *piercings* expostos, gravatas e crachás pendurados com cordão. Óculos de grau não são adornos, mas os profissionais de saúde devem ser orientados para a higienização regular dos óculos. Já os cordões ou correntes utilizados nos óculos devem ser vedados para aqueles trabalhadores expostos a riscos biológicos. (NR- 32).

IMPORTANTE:

- A proibição do uso de adornos deve ser observada para todos trabalhador da promoção e assistência à saúde exposto ao agente biológico, independentemente da sua função.

- É proibido o uso de calçados abertos. Entende-se por calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), do dorso (peito) ou das laterais do pé;
- A equipe de centro cirúrgico deve fazer uso de paramentação completa: (avental estéril, touca, óculos, máscara, propé, luvas);
- Paramentação adequada pela equipe circulante.

Roupas de uso restrito:

- As roupas de uso restrito devem ser utilizadas por todos os profissionais e estudantes que atuam no Centro Cirúrgico para acessarem a área restrita e NÃO devem ser utilizadas fora deste ambiente;
- Após o uso, devem ser dispostas em hamper específico para lavagem;
- As roupas de uso restrito não devem ser levadas para casa.

Propés:

- Não são recomendados para a finalidade de diminuir infecção em sítio cirúrgico;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 51 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

- Os profissionais e estudantes que atuam no setor podem utilizar calçados próprios de uso neste ambiente, os que não possuem calçados para uso exclusivo no local devem fazer uso de propés devido à sujidade carregada nos calçados;

- Os acompanhantes devem utilizar propés a partir da entrada na área.

Máscaras:

- Devem cobrir toda a boca e nariz a partir do momento em que a mesa com o instrumental estiver exposto na sala cirúrgica.

Capotes/aventais cirúrgicos:

- De uso exclusivo para procedimentos cirúrgicos, ou seja, para aqueles que participarão do ato operatório.

Gorros:

- Devem ser colocados a partir do acesso à área restrita; preferencialmente descartáveis (fornecidos pela Instituição) e que contenham todo o cabelo, caso seja o reutilizável, deve ser higienizado diariamente (não é competência da Instituição); é obrigatório manter os cabelos presos, se longos.

Luvras cirúrgicas estéreis:

- A equipe que vai participar da cirurgia deve calçar as luvas cirúrgicas após a higienização das mãos; o uso de luvas estéreis pelo neonatologista é opcional, entretanto, se houver risco de tocar nas mãos do cirurgião ou no campo operatório, as luvas devem ser estéreis.

Protetor ocular:

- Deve ser utilizado pela equipe cirúrgica para evitar respingos de sangue e secreções nos olhos.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 52 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Circulação de pessoas:

- O ato de circular em uma sala cirúrgica exige conhecimentos e habilidades essenciais, portanto, a circulação na sala operatória consiste em atividade desenvolvida exclusivamente pela equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, os quais durante todo ato anestésico cirúrgico desenvolvem atividades a fim de garantir condições funcionais e técnicas necessárias para a equipe médica e a gestante.

Número de pessoas na sala de cirurgia:

Considerando que a Maternidade Dr. Moura Tapajóz é campo de prática acadêmica, estagiários e residentes de diversas categorias profissionais da saúde poderão realizar suas atividades de ensino no Centro Cirúrgico, devendo seguir as normas estabelecidas e estar sempre acompanhados de seu preceptor.

Cada sala de cirurgia deve conter o máximo de 10 (dez) pessoas por vez:

- 02 obstetras;
- 01 pediatra;
- 01 anesthesiologista;
- 01 enfermeiro;
- 02 técnicos de enfermagem;
- 01 acompanhante;
- 01 residente;
- 01 estagiário/interno.

Quando o médico assistente for o residente em Ginecologia e Obstetrícia - GO, poderá haver mais um residente ou estagiário/interno. Na falta de residentes de GO, Pediatria e de Enfermagem, as vagas correspondentes serão destinadas aos acadêmicos.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 53 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

IMPORTANTE:

- É obrigatória a presença do preceptor durante toda a permanência de estagiários e residentes no Centro-Cirúrgico;
- O preceptor deve obedecer à norma sobre quantidade de estagiários e residentes no centro-cirúrgico;
- Os estagiários e residentes não devem trocar de sala cirúrgica no decorrer do procedimento.

Outros:

- Manter as portas das salas cirúrgicas fechadas durante o ato operatório;
- O acompanhante da escolha da parturiente deve receber as orientações necessárias quanto ao posicionamento, postura dentro de sala cirúrgica;
- Evitar abrir e fechar a porta da sala operatória desnecessariamente;
- Não entrar na sala cirúrgica portando celular, bolsa ou outros objetos.

IMPORTANTE:

Ao acompanhante será permitido o uso do celular somente para fotografar o nascimento, este deverá seguir as orientações da equipe, ter o consentimento dos pais e realizar a devida higienização das mãos e do objeto. Imagens da instituição e

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 54 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

REFERÊNCIAS

1. Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean Birth (C-section) <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Cesarean-Birth-C-Section>. (Consultado em 22 de setembro de 2020);
3. Amorim, Melânia Maria Ramos. Indicações de cesarianas baseadas em evidências. Femina. Agosto de 2010;
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.
6. BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1886, de 2008. Normas mínimas para o funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência. D.O.U., Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2008, Seção I, p.271.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. Cobas R, Rodacki M, Giacaglia L, Calliari LEP, Noronha RM, Valerio C, et al. Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. Diretriz oficial da sociedade brasileira de diabetes. Conectando Pessoas; 2022.
9. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de Recomendação

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 55 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Ministério da Saúde do Brasil, março de 2016.

10. EBSERH – Hospitais Universitários Federais. Maternidade Climério de Oliveira. Universidade Federal da Bahia. Capítulo 16: Parto Cesariano. Relator: Prof. Dr. Carlos Augusto Santos de Menezes e Médico Residente: Dr. José Eduardo. Validado em 22 de junho de 2017

11. FAUNDES, A. & CECATTI, J. G., 1991. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. Cadernos de Saúde Pública, 7:150-173

12. FERNANDES, C.R., et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia para segurança em anestesia regional. Rev. Bras. Anestesiologia, v.61, n.5, p.679-694, 2011.

13. Guinsburg R, Almeida MFB; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido <34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-1>

14. HADZIC, A. (Ed.). Textbook of regional anesthesia and acute pain management. New York: McGraw- Hill, 2006.

15. MAHARAJ, D. Eating and drinking in labor: should it be allowed? Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., v.146, n.1, p.3-7, 2009.

16. McCLAIN, C., 1990. The making of a medical tradition: vaginal birth after cesarean. Social Science and Medicine, 31:203-210.

17. MILLER, J. M., 1988. Maternal and neonatal morbidity and mortality in cesarean section. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 15:629-638

18. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean section – Clinical guideline.nice.org. [Online] Nov de 2011. [Citado em: 11 de Maio de 2017.] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>.

19. OMS, Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.

20. Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Anestesia em Revista, ISSN 2446-9343. Ano 68. Jul/Ago/Set de 2018. Nº 03

21. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira de Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), RECOMENDAÇÕES SOBRE O CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL, 2022.

22. Tratado de Obstetrícia FEBRASGO/Editores César Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de





Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 56 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

Sá; Coordenadores Coríntio Mariani Neto, Eduardo Cordioli, Olímpio Barbosa de Moraes Filho. –
1ª Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2019

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 57 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

ANEXO 01

 MATERNIDADE DR. MOURA TAPAJÓZ	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTO NORMAL E CESÁREA		Maternidade Dr. Moura Tapajóz Av. Brasil, 1335 – Compensa CEP 69036-110 T: (92) 3216- 8158 direcao.mmt@pmm.am.gov.br semsa.manaus.am.gov.br
---	---	---	---

Eu _____, ou meu responsável _____, declaro, que fui informado (a) pelo (a) médico que irei me submeter a um procedimento a ser realizado pela equipe médica e de enfermagem desta instituição, que pode ser um parto normal ou cesárea. Estou ciente que não existe procedimento médico isento de risco.

I. DURANTE O TRABALHO DE PARTO: fui informada que entre o início do trabalho de parto e o nascimento poderá transcorrer em média de 10 a 18 hs. Durante todo esse tempo poderei contar com a presença de um acompanhante de minha livre escolha, inclusive no momento do parto. Estou ciente que para avaliar a minha condição e a do bebê a equipe médica e de enfermagem necessitará realizar avaliações periódicas como ausculta dos batimentos cardíofetais, avaliação das contrações, avaliação da dilatação do colo uterino por exame de toque obstétrico, além dos sinais vitais maternos (pressão arterial, pulso e frequência respiratória).

II. NO CASO DE UM PARTO NORMAL: a dilatação evolui em geral com a velocidade de 1 cm por hora. Fui informada que o uso de Ocitocina não é rotineiro, mas que pode ser necessário em caráter de correção da contratilidade uterina, assim como a necessidade de amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas), prescritos pelo obstetra. Poderei escolher a posição que seja mais agradável e poderei deambular durante o trabalho de parto. Ocasionalmente, no momento do nascimento, pode ser necessário realizar uma episiotomia, ou seja, incisão cirúrgica na vagina e períneo para ajudar na saída do bebê em casos de sofrimento fetal, fetos prematuros, fetos macrossômicos (acima de 4.000g) ou ameaça de laceração de terceiro grau (quando atinge o esfíncter do ânus). Situações muito específicas podem requerer auxílio de instrumentos para a retirada do bebê, como o fórceps ou vácuo-extrator, que irá ajudar no nascimento da cabeça do bebê, para evitar o sofrimento fetal.

III. NO CASO DE UMA CESARIANA: em algumas situações não é possível a realização do parto por via vaginal, quando a evolução do trabalho de parto não é favorável, sendo então indicada uma cesariana. O procedimento será realizado por no mínimo dois médicos obstetras, que farão um corte na barriga (da parede abdominal até o útero) para possibilitar a retirada do bebê através deste. Esta incisão causará uma cicatriz visível que poderá ser transversal ou longitudinal dependendo da indicação médica para tal, levando-se em conta o risco e a urgência do momento, sendo impossível prever-se o resultado estético, o qual depende muito do processo individual de cicatrização.

IV. SOBRE A ANESTESIA: no caso de parto vaginal, pode ser feito uma anestesia local para a realização da episiotomia, quando indicada. Para a cesárea é obrigatório a administração de uma anestesia, que será avaliada pelo médico anestesiológico, indicando qual a melhor técnica para o seu caso. As técnicas de escolha são as regionais, raqui ou peridural. A anestesia geral só é indicada em situações de contra-indicação destas.

V. SOBRE PÓS-OPERATÓRIO E COMPLICAÇÕES.

As complicações que podem decorrer de um parto normal são:

- lesões da bexiga, reto, ânus, músculo esfíncteres interno e externo do ânus, que podem levar à incontinência urinária e/ou fecal, queda da bexiga ou do reto, prolapso uterino (saída da bexiga, reto ou útero pela vagina), ou alargamento da vagina;
- sangramento, hematoma, inflamação dos pontos ou infecção da episiotomia;
- fratura da clavícula do bebê, nos casos de extração difícil do canal de parto;
- no caso de uso de instrumentos, pequenas escoriações na cabeça do bebê, hematoma;

A alta hospitalar ocorre em torno de 48 horas. O sangramento é comum por até 20 dias após o nascimento, podendo se estender até 40 dias.

As complicações que podem decorrer de uma cesariana são:

- infecção da ferida operatória;
- má cicatrização, principalmente em mulheres com excesso de peso;
- formação de queiloide;
- aumenta-se a taxa de ruptura uterina durante a gravidez e o trabalho de parto, assim como de placenta prévia (placenta baixa, localizada na frente da



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 58 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

cabeça do feto) e de acretismo placentário (quando a placenta gruda no útero, que não consegue ser retirada, levando a um grande sangramento, que pode até ser fatal), nas próximas gestações;

- formação de fistulas (abertura entre a bexiga e o útero), lesão vesical, aderência pós-operatórias.

Em ambos os tipos de parto, as complicações mais comuns incluem hemorragia e infecção.

- hemorragias durante ou após o parto: lacerações do trajeto pélvico (canal de parto) ou atonia uterina (falta de contração do útero), sendo que neste último caso, pode levar a uma situação na qual a equipe médica necessite realizar a retirada do útero para controlar a hemorragia e preservar a vida da paciente;

- apesar de todos os cuidados de assepsia e profilaxia antibiótica, infecções no útero ou na incisão podem surgir, algumas vezes levando à formação de abscessos e deiscência (abertura dos pontos);

- em raros casos pode ser necessária a transfusão sanguínea;

- raramente, no período pós-operatório há possibilidade de complicações clínicas, tais como: trombose venosa profunda, tromboembolismo, problemas de coagulação, afecções urinárias.

As primeiras 24h após o procedimento são mais dolorosas, sendo necessário o uso de medicações mais potentes para dor. A alta hospitalar ocorre geralmente após 48 a 72 horas da cesariana.

VI. SOBRE O CONSENTIMENTO

Após ler cuidadosamente este documento, tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas em relação ao parto e suas intercorrências, que me foram esclarecidas, tomando a decisão do tratamento em conjunto com a equipe médica e meu acompanhante.

Declaro ter sido sincera e exata na declaração de meus antecedentes clínicos, autorizando assim, que a equipe médica realize os procedimentos descritos conforme seu julgamento técnico, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis para a realização do meu parto, via vaginal ou cesariana.

***IMPORTANTE:** fui informada que durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato haverá a comunicação com a equipe assistencial, que explicará as indicações e alternativas para cada procedimento.

Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento objeto deste documento se realize.

Assinatura ou Impressão Datiloscópica da Paciente	Assinatura do Responsável (quando houver)
--	--

RG: _____

Nome legível: _____



RG: _____

Grau de parentesco: _____

MANAUS, ____ / ____ / ____

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 59 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

ANEXO 02

 MATERNIDADE DR. MOURA TAPAJÓZ	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Anestesia e Sedação	 Maternidade Dr. Moura Tapajóz Av. Brasil, 1335 – Compensa CEP 69036-110 T: (92) 3216-8158 direcao.mmt@pmm.am.gov.br semsa.manaus.am.gov.br
--	---	--

Os objetivos desse termo são: *informar sobre os procedimentos de anestesia realizados na Maternidade Dr. Moura Tapajóz e obter o consentimento e a assinatura do paciente ou seu responsável legal confirmando o recebimento dessas informações.*

Eu _____ ou meu responsável,
_____, declaro, que fui informado (a) pelo (a) médico que, tendo em vista o diagnóstico de: _____,
ser conveniente e indicado proceder com: _____

Para realizar esse procedimento, a anestesia indicada é a: _____

O QUE É UMA ANESTESIA? É um procedimento realizado por anestesiolologista, que consiste na administração de medicamentos, com o objetivo de reduzir a ansiedade, eliminar a dor, reduzir os efeitos indesejados ou até a consciência e mobilidade caso seja necessário, permitindo a realização de procedimentos cirúrgicos ou durante a realização de exames diagnósticos.

COMO O ANESTESIOLOGISTA CUIDARÁ DE VOCÊ? O médico anestesiolologista permanecerá junto ao paciente de forma exclusiva durante todo o procedimento e você ficará monitorizado por meio de equipamentos para avaliar suas funções vitais. Os aparelhos acompanharão em tempo real seus batimentos cardíacos, sua respiração, sua pressão e a temperatura.

QUAL A TÉCNICA A SER UTILIZADA NA MINHA ANESTESIA? A técnica pode variar dependendo do procedimento a ser realizado e da escolha do anestesista. Em nossa instituição, as técnicas mais comumente utilizadas são:

- Sedação: funciona como um “calmante”. É a anestesia em que são dados medicamentos que podem causar sono e esquecimento. Na sedação é possível que o paciente escute e veja parte do que acontece;
- Bloqueios espinhais: uma medicação será aplicada na “espinha dorsal”, fazendo com que você não sinta e não mexa partes do corpo, como abdômen e pernas por um período de tempo. Os nomes mais comuns são raqui-anestesia e peridural e são os mais utilizados para procedimentos como cesariana e parto normal;
- Anestesia geral: usando remédios e gases, o objetivo é induzir estado de inconsciência e pode ser utilizado para vários tipos de cirurgia. Durante a anestesia geral, você irá precisar de algum auxílio para respirar, seja com máscara ou através de um tubo. Qualquer que seja este dispositivo, assim que não for mais necessário, será retirado. Isso geralmente acontece antes que você acorde.

Fui informado que, durante a anestesia e operação, pode ser necessária a mudança da anestesia proposta devido a complicações ou condições não esperadas que causam mudanças ou necessidade de tratamentos diferentes daqueles inicialmente planejados.

Declaro conhecer que o médico anestesiolologista presta seus serviços da melhor forma e condições que lhe forem possíveis, agindo com a melhor técnica, zelo profissional e cuidado em busca da manutenção das condições da vida do paciente durante o procedimento.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 60 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

QUAIS OS RISCOS DO PROCEDIMENTO? Por ser um procedimento complexo a anestesia envolve diversos riscos e pode levar a uma série de complicações e efeitos colaterais com diferentes níveis de gravidade. Os mais comuns são náuseas e vômitos, dor de cabeça (cefaleia) após a anestesia e reações alérgicas. No caso de bloqueios, pode acontecer ainda dor ou infecção no local, redução da força, paralisia, dormência ou dor em alguma parte do corpo, perda do controle da urina e das fezes, sangramento da coluna, meningite, reação tóxica ao anestésico (convulsão e parada cardíaca). No caso de anestesia geral também pode ocorrer: dor de garganta, quebra dos dentes, arritmias cardíacas, aspiração do conteúdo do estômago para o pulmão causando inflamação e infecção (pneumonia), infarto, alteração da visão (inclusive cegueira), falta de ar, parada cardiorrespiratória e raramente o óbito. Estes eventos graves ocorrem em menos de 1% dos pacientes e o óbito durante o procedimento é mais raro ainda (somente 1 para cada 200.00 procedimentos). Todos esses riscos são minimizados com a monitorização adequada do paciente.

O QUE ACONTECE DEPOIS DA ANESTESIA? O paciente passará algum tempo em observação na sala de recuperação anestésica. Nesta, podem ocorrer alguns eventos, como tremores, náuseas, vômitos, sonolência, coceira e dor. Você contará com uma equipe de enfermagem para detectar e tratar esses eventos e o seu anestesista continuará responsável por você até que você tenha condições de alta para a enfermaria.

Declaro e confirmo que, respondi ao anesthesiologista a verdade sobre as minhas condições físicas, psicológicas e de saúde. Informei todos os medicamentos, substâncias químicas e drogas ilícitas que estou utilizando e todos os medicamentos que não posso utilizar ou alergias a qualquer coisa. Declaro e confirmo que foi permitido que eu fizesse todas as perguntas e observações necessárias para entender o que poderá ocorrer comigo em decorrência da anestesia que receberei.

Eu estou de acordo e assino abaixo esse documento, de espontânea vontade, para receber cuidados de anestesia necessários à realização do procedimento a que serei submetido na Maternidade Dr. Moura Tapajóz.

Assinatura ou Impressão Datiloscópica do (a) Paciente	Assinatura do Responsável (quando houver)
--	--

RG: _____

Nome legível: _____

RG: _____

Grau de parentesco: _____

MANAUS, ____ / ____ / ____

CONSENTIMENTO NÃO OBTIDO: Emergência e Urgência

Devido ao quadro clínico grave do paciente, em urgência ou risco iminente de morte, não foi possível fornecer ao mesmo ou ao seu responsável as informações necessárias para a obtenção deste consentimento informado. Assim, baseado no melhor julgamento clínico e respaldo pelas melhores práticas médicas, realizei e registrei em prontuário o motivo da necessidade do procedimento em caráter emergencial e os procedimentos necessários e adequados para melhorar a situação clínica do paciente.

Assinatura e carimbo do profissional: _____

Manaus, ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PR.MMT – Página 61 de 62		
Título do documento	INDICAÇÕES E ASSISTÊNCIA NA CIRURGIA CESARIANA	Emissão: 2021 VERSÃO: 1	Última Revisão: 2025	Próxima revisão: 2027

ANEXO 3



Núcleo de
Segurança
do Paciente
Moura Tapajóz

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA PARTOS SEGUROS

Saúde
Moura Tapajóz



Manaus
Prefeitura

NOME PACIENTE _____

DATA DA ADMISSÃO ____/____/____

ADMISSÃO	ANTES DO PARTO OU CESARIANA			
<p>1. Gestante de: () Risco habitual () Alto risco</p> <p>2. A mãe precisa ser referenciada? () Não () Sim, de forma organizada</p> <p>3. A paciente passou pela Classificação de Risco? () Sim () Não</p> <p>4. Pressão arterial: () Normotensa () Hipotensa () Hipertensa</p> <p>5. Colocada pulseira de identificação materna? () Sim () Não</p> <p>6. Exames de rotina solicitados? () Sim () Não</p> <p>7. Partograma foi aberto? () Sim () Não, início a partir de ≥ 5 cm</p> <p>8. Tem acompanhante? () Sim, quem _____ () Não</p> <p>9. Checar se a mulher precisa iniciar: Antibiótico () Sim () Não Anti-hipertensivo () Sim () Não Sulfato de Magnésio () Sim () Não Medicação antirretroviral () Sim () Não</p> <p>Ass. do profissional: _____</p>	<p>10. Exames de rotina anexados ao prontuário () Sim () Não</p> <p>11. A gestante foi informada sobre o procedimento que será realizado? () Sim () Não</p> <p>12. Partograma foi aberto? () Sim () Não</p> <p>13. Checar se a mulher precisa iniciar: Antibiótico () Sim () Não Anti-hipertensivo () Sim () Não Sulfato de Magnésio () Sim () Não Medicação antirretroviral () Sim () Não</p> <p>14. Os materiais e medicamentos para o parto estão completos para a assistência à mulher e bebê? () Sim () Não</p> <p>15. Bandeja de parto/RN dentro da validade de esterilização? () Sim () Não</p> <p>16. Paciente deseja colocar DIU no pós parto imediato () Sim () Não</p> <p>17. Realizou antibioticoprofilaxia? () Sim () Não () NA</p> <p>Ass. do profissional: _____</p>	<p>20. Checar se a mulher precisa iniciar: Antibiótico () Sim () Não Anti-hipertensivo () Sim () Não Sulfato de Magnésio () Sim () Não Medicação antirretroviral () Sim () Não</p> <p>21. A puérpera apresenta sangramento: () Fisiológico () Aumentado Início protocolo de HPP () Sim () Não</p> <p>22. Colocado DIU? () Sim () Não</p> <p>23. Realizado contagem de compressas? () Sim () Não () NA</p> <p>24. Realizado contagem de instrumental? () Sim () Não</p> <p>25. Ocorreu algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental? () Não () Sim, qual: _____</p> <p>26. A puérpera tem indicação de UTI? () Não () Sim</p> <p>27. RN precisou de reanimação? () Não () Sim</p> <p>28. Realizou contato pele a pele na 1ª hora? () Sim () Não</p> <p>29. Realizou clameamento oportuno do cordão () Sim () Não</p> <p>30. Iniciou amamentação na 1ª hora de vida? () Sim () Não</p> <p>31. Coletado sangue do cordão umbilical para tipagem sanguínea? () Sim () Não</p>	<p>32. Aferido e registrado medidas antropométricas? () Sim () Não</p> <p>33. Administrado Vitamina K profilática? () Sim () Não</p> <p>34. Realizado profilaxia da oftalmia neonatal? () Sim () Não</p> <p>35. Checar se RN precisa iniciar: Antibiótico () Não () Sim Antirretroviral () Não () Sim, administrado</p> <p>36. Destino da puérpera: () Alcon () UTI Materna</p> <p>37. Destino do RN () Alcon () UTIN () Outro: _____</p> <p>Ass. do profissional: _____</p>	<p>42. Encaminhado a puérpera para o planejamento familiar e consulta puerperal? () Sim () Não</p> <p>43. RN em uso de antibiótico? () Não () Sim, o tto foi finalizado? () sim () não</p> <p>44. Documentação do RN está completa e organizada para o encaminhamento? () Sim () Não</p> <p>45. Recém-nascido realizou: > Teste do pezinho () sim () não () encaminhado >T do olho () sim () não () encaminhado >T da orelhinha () sim () não () encaminhado >T do coraçãozinho () sim () não >T da linguinha () sim () não () encaminhado >Vacina BCG () sim () não () encaminhado >Vacina Hepatite B () sim () não () encaminhado</p> <p>Ass. do profissional: _____</p>
	<p>APÓS O PARTO – 1ª HORA</p> <p>TIPO DE PARTO: () Vaginal () Cesariana</p> <p>18. Realizada a administração de Ocitocina IM Profilática? () Sim () Não</p> <p>19. Pulseira de identificação colocada no RN e na mãe () Sim () Não () NA</p>		<p>38. A puérpera apresenta sangramento () Fisiológico () Aumentado</p> <p>39. A puérpera necessita de antibiótico? () Não () Sim</p> <p>40. Pressão arterial da puérpera () Normotensa () Hipotensa () Hipertensa</p> <p>41. Documentação da puérpera está completa e organizada para o encaminhamento? () Sim () Não</p>	