

 UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA

I. INTRODUÇÃO:

Denomina-se cesariana a operação em que se procede a extração do feto através da abertura da parede abdominal (laparotomia) e da parede uterina (histerotomia).

É recurso de extrema valia para o obstetra, nos casos de complicações do parto, constituindo-se uma alternativa para diminuir a morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal.

II. INDICAÇÕES:

O parto por cesárea é um procedimento cirúrgico, exigindo uma série de cuidados para a sua realização. Por apresentar riscos maternos e fetais, sua indicação encontra-se em situações em que os benefícios superam esses riscos.

A cesariana pode ser realizada por indicação médica, devido às condições de saúde materna, fetal ou de ambos, ou por solicitação materna.

Quanto à sua necessidade, pode ser considerada **absoluta** ou **relativa**. Quanto ao momento de sua indicação, pode ser **eletiva**, quando programada fora do trabalho de parto (iteratividade, apresentação pélvica, placenta prévia centro-total, patologia materna com contra-indicação para parto vaginal ou de trabalho de parto, etc.), ou de **urgência**, quando realizada durante a evolução do trabalho de parto (sofrimento fetal agudo, desproporção cefalopélvica, prolapso de cordão, etc.).

III. CONDUTA FRENTE A UMA INDICAÇÃO DE CESÁREA:

1. Cesárea eletiva:

 UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- *Anamnese bem detalhada*, recalculando a idade gestacional por amenorreia e ultrassonografia precoce;
- *Exame físico geral e especial*;
- *Exame obstétrico*: palpação uterina, para definir situação, posição, apresentação e encaixe fetal; medida da altura uterina; ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF); exame de órgãos genitais externos; exame especular (se necessário como na suspeita de bolsa rota ou casos de sangramento); toque vaginal;
- *Exames subsidiários*: quando necessários (ultrassonografia, exames laboratoriais, incluindo PCR para coronavírus – até que tenhamos a vacina específica);
- *Hipóteses diagnósticas*: todas as hipóteses diagnósticas obstétricas e não obstétricas devem ser referidas, bem como o uso atual de medicamentos, intercorrências ou resultados de exames subsidiários que sejam importantes. Ex.: gestação a termo, hipertensão gestacional, oligoâmnio;
- *Prescrição*:
 - Jejum: por período mínimo de 8 horas;
 - Tricotomia: discutir com o cirurgião a necessidade ou não de realização de tricotomia supra púbica em faixa, porém não deve ser realizada de rotina. A orientação da ANVISA de 2017 é que, se necessária, a tricotomia deverá ser realizada fora da sala cirúrgica, imediatamente antes do procedimento cirúrgico, utilizando-se tricotomizadores elétricos (no CAISM, se necessário é realizada a tonsura dos pelos à tesoura).
 - Orientar a parturiente quanto à possibilidade da presença de um acompanhante na sala de parto, se assim o desejar.

2. Cesárea de urgência ou emergência:

 UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

Como é uma situação em que a prioridade é o parto rápido, por motivos maternos, fetais ou de ambos, muitas vezes os pré-requisitos de uma cesárea eletiva, acima citados, não poderão ser contemplados. Porém, é fundamental atentar para:

- *Anamnese o mais detalhada possível;*
- *Exame obstétrico:* verificação de BCF, toque e palpação uterina;
- *Hipóteses diagnósticas:* devem ser bem descritas em prontuário, explicadas para a parturiente e seu acompanhante, justificando o motivo da urgência/emergência;
- *Recrutamento da equipe que participará da cesárea:* equipe cirúrgica obstétrica, anestesiológica, pediátrica e de enfermagem devem ser prontamente recrutadas, com ciência do diagnóstico e da urgência do caso.
- *Rever o caso e a documentação do mesmo:* após o término do procedimento, devem ser complementadas todas as informações de anamnese, exame físico e exames subsidiários, e devidamente registrados em prontuário.

IV. TÉCNICA:

- *Parturiente sob anestesia;*
- *Posição da mulher:* DDH com colocação de cunha na lateral direita para desvio do útero (evitar hipotensão).
- *Sondagem vesical de demora:* com sonda Foley nº 14 ou 16, deve ser realizada antes do início do procedimento e deverá ser mantida por 6 a 12h após o procedimento;
- *Antissepsia vaginal:* embora menos frequentemente realizado, o preparo vaginal com solução antisséptica tem apresentado controvérsias em relação à prevenção de endometrite após parto cesariana. Enquanto alguns estudos têm demonstrado

 UNICAMP	<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM</p>	 Doc. Nº 01
<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP</p>		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

redução na incidência de endometrite pós-cesariana, principalmente nos casos em que há rotura de membranas, outros não comprovam sua redução, mesmo após a prática rotineira de antissepsia vaginal. Quando optado por realizar antissepsia, pode-se utilizar solução de iodopovidina ou solução aquosa de clorexidina.

- *Antissepsia pele*: degermação da pele do abdome, realizada pela equipe de enfermagem, com clorexidina degermante, seguido de antissepsia com clorexidina alcoólica;

- *Incisão da pele e subcutâneo*: preferencialmente incisão transversa suprapúbica pela técnica de *Pfannenstiel*. A incisão mediana infraumbilical deve ser reservada aos casos de cicatriz mediana prévia, maior risco de sangramento, coagulopatias, situações de emergência e cesárea *post mortem*. Cicatrizes prévias deverão ser ressecadas sempre que possível, pois melhora a cicatrização. A incisão de *Pfannenstiel* é realizada 2-3cm acima da sínfise púbica, ligeiramente curva, com concavidade para cima (Figura 1). Já a incisão de *Joel-Cohen* é realizada horizontalmente (sem curvatura) 3 centímetros abaixo da linha imaginária que une as espinhas ilíacas superiores. Alguns estudos têm demonstrado que a incisão de *Joel-Cohen* gera menor perda sanguínea, e apresenta menor incidência de febre e de dor no pós-operatório. No entanto, ainda não existem estudos controlados randomizados comparando-se as duas técnicas.

- *Abertura da aponeurose*: segue o sentido da abertura da pele;

- *Afastamento do músculo reto abdominal*: em sentido longitudinal, com dígito divulsão ou com tesoura;

- *Abertura do peritônio parietal*: deve ser suspenso por duas pinças e após ser assegurada a ausência de alça intestinal aderida, realizar a abertura no sentido longitudinal, à tesoura;

- *Abertura do peritônio visceral*: deve ser aberto acima da reflexão vesical, à tesoura, e a bexiga deve ser delicadamente afastada da parede uterina;

 UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- *Histerotomia*: antes de realizar a incisão, sempre que possível, retirar a cunha para corrigir a rotação uterina. A incisão preferencial é a segmentar transversa, arciforme, com concavidade para cima, que deve ser realizada inicialmente a bisturi e complementada com dígito divulsão ou com tesoura. Nos casos em que esta não for possível, incisões longitudinais (segmentar ou corporal clássica) têm indicação em situações em que o acesso ao segmento inferior está prejudicado (adesões, miomas), cesárea *post mortem*, prematuridade extrema sem a formação do segmento ou nos casos em que a incisão transversal se mostrar insuficiente para a extração fetal.
- *Aspiração do líquido amniótico*;
- *Extração fetal*: nas apresentações cefálicas, a extração manual é a preferencial, introduzindo-se a mão entre a apresentação e a parede uterina, com cuidado para não prolongar a histerotomia, atinge-se o occipício, elevando-o em direção à fenda uterina. Nos casos em que haja dificuldade para a extração do polo cefálico, podem ser utilizados alavanca de *Selheim* ou fórcepe de *Marelli*. É importante salientar que para uma extração mais suave, apresentação deverá ser fletida – queixo no peito - mesmo que tenha que ser ajustada pela mão do operador e com direcionamento do occipício para a região anterior. Liberado o polo cefálico, com o auxílio das duas mãos postas ao redor da região cervical, desprende-se suavemente o ombro anterior, seguido do posterior e há a ultimação do parto.
Nas apresentações pélvicas, apreender o polo pélvico, direcionando o dorso para cima, entregar os membros inferiores, realizar alça de cordão, entregar os membros superiores e, para o delivramento do polo cefálico, realizar manobra de *Bracht*.
- *Clampeamento do cordão*: idealmente realizada entre 1 e 3 minutos após o nascimento. Realizar ligadura precoce do cordão apenas nos casos de

 UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

sensibilização Rh, parto gemelar, HIV, restrição de crescimento fetal, prematuros, ou em casos de más condições de vitalidade do recém-nascido, que exija atenção imediata do neonatologista;

- *Dequitação*: realizada de maneira dirigida, deixando a extração manual para os casos em que não ocorreu a dequitação espontânea. Clampear a borda superior da histerotomia com pinça de *Allis* e massagear o fundo uterino;
- *Revisão da placenta e da cavidade uterina, curagem com compressa limpa*;
- *Histerorrafia*: antes de iniciar a sutura, clamppear o bordo superior e inferior e os ângulos laterais da histerotomia com pinça de *Allis*. O fechamento em plano único e em pontos contínuos ancorados diminui o tempo cirúrgico e a perda sanguínea; enquanto que o fechamento em pontos separados, apesar de aumentar o tempo cirúrgico, parece propiciar melhor cicatrização a longo prazo. Portanto, deverá ser realizado sempre que possível nas pacientes com futuro reprodutivo. Incisões longitudinais devem ser fechadas em 2 ou 3 planos. Deve-se evitar incluir a decídua na sutura muscular. Fio: catgut cromado 1.
- *Peritonização*: Antes do fechamento da cavidade, realizar revisão da cavidade e de anexos. A sutura contínua com catgut 0 ou 2.0 simples é a preconizada para o fechamento dos peritônios parietal e visceral. A decisão de fechar o peritônio visceral e/ou parietal ou ambos deve ser discutida com o plantonista responsável do dia. *Obs.*: no momento do fechamento da cavidade peritoneal, deve ser realizada a contagem de compressas. Caso haja discordância, a cavidade deverá ser reaberta.
- *Aproximação do plano muscular*: pontos em “U” ou pontos simples, com fio de absorção rápida (catgut 0 simples).
- *Revisão do espaço subaponeurótico*: deve-se fazer hemostasia de vasos perfurantes (idealmente com pontos em “x”, especialmente se é visualizado

 UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

apenas o orifício de entrada do vaso na aponeurose, complementando com cauterização elétrica).

- *Fechamento da aponeurose*: realizada após revisão de hemostasia do espaço subaponeurótico; a sutura pode ser contínua ou em pontos separados, com fio de absorção lenta ou inabsorvíveis (vicryl 0 ou algodão 0).
- *Aproximação do tecido celular subcutâneo*: em pontos simples, com catgut 0 simples.
- *Fechamento da pele*: recomenda-se o uso de fio Nylon 4.0, pontos simples ou pontos *Donatti*. Está autorizada a realização de pontos intradérmicos desde que discutido previamente com o plantonista responsável.
- *Curativo compressivo*.

2.1. Uso de eletrocautério:

A cesárea não eletiva é um procedimento potencialmente contaminado. A necrose de tecido, secundária ao uso do cautério, pode aumentar o risco de infecção. Portanto:

- Recomenda-se que seja utilizado de forma cautelosa;
- Deverá ser colocada placa rígida ou adesiva na panturrilha da paciente. Nos casos de procedimentos de longa duração e/ou de alta taxa de utilização do cautério (> 1 hora de uso intenso), devem ser colocadas as placas adesivas na parte superior da coxa.

3. CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS:

- *Dieta*: pode ser iniciada após 6 horas do procedimento com dieta leve;
- *Antibioticoprofilaxia*: indicada dose única de cefazolina 2g, EV, (3g, nos casos de obesidade mórbida, IMC > ou igual a 40), antes do início do procedimento.
Obs.: nos casos de histórico de alergia ao uso de betalactâmicos, prescrever

 UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

Clindamicina 900 mg, EV, dose única. Em paciente com IMC acima de 30 pode ser usada profilaxia com cefalexina e metronidazol via oral por 48 horas para diminuir o risco de infecção.

- *Uterotônicos*: Ocitocina 10 UI, diluídas em 500 ml de Ringer, EV, em 15 minutos. Deve ser feito após o clampeamento do cordão.
- *Analgesia*: Anti-inflamatório (se não houver contraindicação), dipirona (se alergia, substituir por paracetamol) e tramadol (se dor intensa)
- Estimular deambulação e amamentação precoces.

Obs.: checar uso de outras medicações utilizadas previamente pela paciente, bem como a necessidade de profilaxia para fenômenos tromboembólicos.

 UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

FLUXOGRAMA DE PARTO CESÁREA ELETIVA

1. Momento do agendamento eletivo:

1.1. Quando houver **indicação médica de resolução da gestação**, seja por motivos maternos e/ou fetais, esta deverá ser marcada, conforme disponibilidade de agenda do serviço.

1.2. **Cesáreas por solicitação materna só poderão ser agendadas a partir de 39 semanas de idade gestacional confirmada, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.**

2. Critérios para agendamento:

- Gestante pertencer à **região** cuja referência para parto seja o CAISM/UNICAMP;
- **Idade gestacional** estimada por ultrassonografia precoce e/ou amenorreia de certeza compatível com critérios acima;
- Leitura, compreensão E concordância com o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**, assinado em duas vias, ficando uma com a parturiente e outra anexa no prontuário, posteriormente grampeada junto com a descrição cirúrgica. Este TCLE deverá ser aplicado em consulta de pré-natal (se for paciente do PNAR ou PNE), ou no Pronto Atendimento (se for paciente externa).

3. Modo de agendamento:

- **Todo** agendamento de cesárea **eletiva** deverá ser feito pelo sistema eletrônico, respeitando o limite de vagas existentes.

 UNICAMP	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020


HOSPITAL DA MULHER Prof. Dr. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI
CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER – CAISM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CESÁREA POR SOLICITAÇÃO MATERNA

Nome: _____ _____ _____
HC: _____

Declaro que:

1. Recebi explicações e eu entendi que, por estar grávida e para que meu(s) filho(s) ou filha(s) possa(m) nascer, devo me submeter a um procedimento de parto por **via vaginal** ou **cesárea**, a ser realizado pela equipe médica do Hospital; e também que não existe procedimento médico isento de riscos, mesmo com o uso das melhores técnicas médicas.

2. Fui esclarecida que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica. Recebi a orientação que a opção por cesárea não deve ser motivada pela dor do parto vaginal, pois existem métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto.

3. Recebi explicações e entendi que a cesárea representa, em condições normais, maior tempo de internação hospitalar, maior chance de desconforto respiratório para o recém-nascido, maiores complicações nas próximas gestações, incluindo risco de rotura uterina, problemas de implantação placentária (como placenta prévia e acretismo placentário) e da necessidade de histerectomia (retirada cirúrgica do útero). E que, tratando-se de uma cirurgia, há risco de infecção e sangramento. Fui informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente.

Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e que a **minha decisão é de realizar o PARTO CESÁREA.**

Estou ciente de que a data da cesárea será definida pelo (a) médico (a) assistente, com base nos indicativos de maturidade e vitalidade do feto, assim como as minhas condições clínicas, conforme literatura médica pertinente.

Deve ser preenchido pela gestante e responsável:

Gestante

Nome: _____ RG: _____

Responsável (em caso de menor de idade)*

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI CAISM	 Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO CESÁREA – CAISM/UNICAMP		Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

Nome: _____ RG: _____

Grau de parentesco*: _____ Assinatura: _____

Campinas, ____ / ____ / _____ Hora: _____ : _____

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro que expliquei à paciente e/ou responsável todos os procedimentos que envolvem o trabalho de parto e puerpério imediato, sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com meu entendimento, a paciente ou responsável está em condições de compreender o que foi lhe informado.

 Nome do médico / CRM, ou Carimbo Assinatura

 Testemunha / RG Assinatura

Elaborado por: Anderson Pinheiro, Giuliane Jesus Lajos, Renato Passini Júnior	Data: ago/2008 Revisado: 09/2020
Aprovação Direção: Helaine Milanez	Data: 09/09/2020