



Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/1

Jaqueline Neves Lubianca
Edison Capp
organizadores

Alunos

Affoue Prisca M. Stanislas Yao
Alexsandro M. da Silva e Silva
Angelo Croda Chies
Arthur Bogorny Fiegenbaum
Artur Fogliato Santana
Bárbara Ribeiro
Bruna de Queiroz Correia
Bruna Mielczarski
Bruna Rambo
Bruno Rabolini
Clara Krummenauer Maraschin
Débora Marques de Araújo
Douglas R. da Rosa Pinheiro
Eduarda Goldani R. Peixoto
Eduardo Artico
Eduardo Castelli Kroth
Eduardo Priesnitz Friedrich
Eric Marques Januário
Gabriel Alves Marconi
Gabriel da Silva
Gabriel Petrolli
Gabriela Figueiredo Güntzel
Gabriela Viana
Giovanna Sandi
Giulia Menegon Moura Loureiro
Graziella Nunes Peixoto
Guilherme Garcia
Guilherme Strieder de Oliveira

Marcelo do Prado Malagutti
Henrique Paz
Igor Luiz dos Santos Kessler
Jerry Eduardo de A. de Bairos
João Pedro Lubianca
Juliana da Silva Uhlmann
Juliane Leticia Miranda Cruz
Kelly Ane Pinto dos Santos
Laura Lacroix
Leonardo da Costa Meireles
Lethicia Campos Ferraro
Maikson Ferreira Mendes
Manoella Borges S. Gonçalves
Manoella Guatimuzim T. da Silva
Marcelo Bender Angst
Maria Elisa Soares Machado
Mariana de Cássia P. Monteiro
Mariana Marchezan Menezes
Marilza Vallejo Belchior
Marina Abs da Cruz Rodrigues
Matheus Tomazzoni
Mauro Henrique Lehugeur Gross
Morgana L. de Souza Carvalho
Yasmine M. Carneiro Monteiro
Natália Mainardi
Nicolas Borba de Lourenço
Paula Machado Aguiar
Pedro Carlos Fritscher Júnior
Roberto Biselo

Rochanne Figini Maciel
Ronaldo Legati Júnior
Sarah Maria dos Santos Ahne
Shanna Luiza de Castro
Sofia Pacheco
Stéfani Küster
Thalia Michele Vier Schmitz
Victoria Etchart dos Santos
Vitória Sonda Gazzi
Yasmim Santana de Almeida
Monitores PPSM 2020/1
Ana Carolina Tenório de Oliveira
Bárbara Luiza Bernardi
Giovanna Sandi Maroso
Laura Motta Belan
Letícia Zanotelli Fernandes
Professores
Adriani Oliveira Galão
Alberto Mantovani Abeche
Daniela Vanessa Vettori
Edimárlei Gonsales Valério
Jaqueline Neves Lubianca
Jorge Villanova Biazús
Márcia Luiza M. Appel Binda
Maria Celeste Osório Wender
Ricardo Francalacci Savaris
Sérgio H. A. Martins Costa
Solange Garcia Accetta
Suzana Arehart Pessini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/1

Porto Alegre 2021
UFRGS

U58p Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.
Promoção e proteção da saúde da mulher ATM 2024/1 / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina; organizadores: Jaqueline Neves Lubianca e Edison Capp – Porto Alegre: UFRGS, 2021.

218p.

ISBN: 978-65-00-23400-8

E-Book: 978-65-00-23394-0

1. Saúde da mulher 2. Promoção da saúde 3. Ginecologia 4. Obstetrícia I. Lubianca, Jaqueline Neves, org. II. Capp, Edison, org. III. Título

NLM: WA309

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

Endereço:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
FAMED – UFRGS
Rua Ramiro Barcellos, 2400/2º andar
CEP 900035-003 – Porto Alegre – RS
E-mail: dgo@ufrgs.br

Editoração, diagramação e capa: Edison Capp

Apoio: CESGO - Centro de Estudos do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia/HCPA

Imagens da capa: www.pexels.com por Andrea Piacquadio, Ana Schvets, Christina Morillo, Dalila Dalprat, Edu Carvalho, Guilherme Almeida, Jonas Kakaroto, Jopwell, Kelvin Octa, Ketut Subiyanto, Luizmedeirosph, Mentatdgt, Picha Stock, Pixabay, Pragyán Bezbaruah, Radomir Jordanovic.

Escolha da via de parto

*Bárbara Ribeiro
Bruna Mielczarski
Bruna Rambo
Gabriel da Silva
Laura Lacroix
Sofia Pacheco
Bárbara Luiza Bernardi
Daniela Vanessa Vettori*

O parto é sem dúvidas um momento muito esperado pelas gestantes, tendo seu significado grande relação com a cultura na qual a mulher está inserida e também com experiências vividas por ela. Ademais, há o medo do desconhecido, pois não se sabe o que pode acontecer e há o surgimento de inseguranças em relação à dor e ao bem-estar do feto. Nesse contexto, os profissionais da saúde são os responsáveis pela orientação adequada às gestantes, tendo dever de realizar sua assistência baseada em evidências (ALMEIDA, 2012; HADDAD, 2011). Dessa forma, do ponto de vista médico, a escolha da via de parto deve ser baseada em diretrizes, optando-se pela cesariana na existência de intercorrências que inviabilizem ou tornem arriscado a realização do parto vaginal (OMS, 2015).

No Brasil, em 2019, cerca de 56,3% dos 2.849.146 partos ocorridos foram realizados através de cesárea; no estado do Rio Grande do Sul, essa porcentagem foi ainda maior, chegando a 63,0% (DATASUS, 2021). Esses números ultrapassam o recomendado pela OMS, que seria um índice de cesarianas entre 10 e 15% (Lancet, 1985). No estudo "Nascer no Brasil", observou-se que a maioria das mulheres no início de sua gestação preferiam o parto vaginal, chegando a cerca de 70%; no entanto, ao longo da gravidez esse cenário mudou, o que não esteve correlacionado com a ocorrência de problemas e complicações da gestação (LEAL, 2014).

Essa preferência pela cesárea está associada à forma como a assistência ao nascimento é organizada no Brasil, centrada na

atuação individual do profissional, às características socioculturais da população e à forma como se dá a assistência pré-natal, que muitas vezes não prepara adequadamente a gestante para o parto (OMS, 2015). Além disso, no mundo moderno cria-se a ideia de que o procedimento cirúrgico seria um modo limpo, seguro e organizado para o nascimento e também permitiria à mulher organizar melhor seu tempo por possibilitar uma data marcada; em contrapartida, o parto vaginal passou a ser associada à dor, a risco para mãe e para o bebê e ao comprometimento do corpo e da sexualidade da mulher (NAKANO, 2015). Outro fator que tem influência neste cenário é a resolução CFM no 2144/2016, a qual determina que seria ético por parte do médico realizar cesarianas a pedido.

Entretanto, a realização de cesariana pode trazer mais riscos que a de parto vaginal. Uma metanálise identificou uma maior ocorrência de infecção pós-parto e internações na UTI em pacientes que realizaram cesárea (MASCARELLO, 2017). Outros estudos mostraram aumento de risco de complicações respiratórias em recém-nascidos e mortalidade fetal (BERNARDO, 2014; VILLAR, 2006). Dessa forma, a OMS conclui que taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal e que, portanto, esse procedimento cirúrgico só deve ser realizado quando for medicamente necessário (CONITEC, 2015).

Além disso, também há o impacto econômico que esses números elevados de partos cesáreos geram. Em um estudo realizado pela OMS, constatou-se que há um excesso de 6,2 milhões de cesáreas por ano, sendo realizadas sem a devida indicação. O Brasil e a China são responsáveis por 50% desse total. O custo global que isso representou em 2008 foi de aproximadamente US\$ 2,32 bilhões (GIBBONS, 2010). No Brasil, considerando-se um cenário onde haveria apenas partos vaginais para gestantes com risco habitual, sem cesáreas para casos não indicados, haveria uma economia de US\$ 76,5 milhões por ano, chegando a mais de US\$ 400 milhões de economia ao longo de 5 anos (ENTRINGER, 2018).

É importante ressaltar que a cesariana é um procedimento seguro e essencial que pode gerar benefícios tanto para a mãe quanto para a criança. Quando realizada sem justificativa adequada, entretanto, pode gerar riscos desnecessários e não apresentar benefícios (OMS, 2015). Dessa forma, torna-se de extrema relevância

conhecer os reais fatores que levam à indicação desse procedimento.

No contexto do alarmante aumento no número de cesarianas, torna-se necessário reavaliar os parâmetros utilizados para indicação de cesarianas, em especial as primárias. Cesariana primária é aquela realizada em pacientes sem cesariana prévia, independente do número de partos prévios. Sabe-se que as indicações mais comuns de cesariana primária são desproporção cefalo-pélvica (DCP), condição fetal não tranquilizadora (CFNT) e apresentação fetal anômala (COLLEGE, 2014).

Objetivo

Esse estudo objetivou identificar as principais indicações das vias de parto no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e discutir sobre os critérios mais prevalentes na escolha do parto cesáreo.

Métodos

O presente estudo é um estudo observacional descritivo retrospectivo, na forma de série de casos. A seleção de casos consistiu em todos os nascimentos registrados no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em novembro de 2020. De 267 nascimentos, 9 nascimentos abaixo de idade gestacional de 20 semanas (abortamentos) foram excluídos, restando 258 nascimentos incluídos no estudo. Todos os autores participaram da revisão de prontuários. Cada nascimento foi descrito quanto a: idade materna, paridade materna, idade gestacional, comorbidades maternas, motivo da internação, via de parto e indicação da via de parto. Trabalho de parto (TP), no âmbito de motivo da internação, foi definido como dilatação cervical maior que 3cm e mais de 3 contrações em 10 minutos. Prematuridade foi definida como idade gestacional menor que 37 semanas, e idade materna avançada como igual ou maior que 35 anos. Em doenças da gestação, foram incluídas: diabetes mellitus gestacional (DMG), hipertensão arterial sistêmica (HAS) gestacional, pré-eclâmpsia (PE) e Eclâmpsia (E), hipotireoidismo gestacional, infecções (incluindo sífilis, HIV e ITUs de repetição) e uso de substâncias (incluindo tabaco, álcool, cocaína e maconha).

Resultados

Os dados coletados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Descrição das pacientes.

Característica	Total n: 258	Parto vaginal n: 142 (55,03%)	Cesariana n: 116 (44,96%)
Idade Materna média	27,7	26,5	29,1
Idade materna ≥ 35 anos	51 (19,76%)	19 (37,25%)	32 (62,27%)
Nulíparas	110 (46,63%)	60 (54,54%)	50 (45,45%)
Primíparas	81 (31,39%)	46 (56,79%)	35 (43,2%)
Múltiparas	67 (25,96%)	36 (53,74%)	31 (46,26%)
1 cesariana prévia	44 (17,05%)	13 (29,54%)	31 (70,45%)
≥ 2 cesarianas prévias	16 (6,20%)	0 (0,00%)	16 (100%)
Sem cesariana prévia	197 (76,35%)	128 (64,97%)	69 (35,02%)
Prematuridade	42 (16,27%)	20 (47,61%)	22 (52,38%)
Idade Gestacional ≥ 41	24 (9,30%)	7 (29,16%)	17 (70,83%)
Internação por TP	92 (35,65%)	77 (83,69%)	15 (16,30%)
Comorbidades prévias à gestação	106 (41,08%)	55 (51,88%)	51 (48,11%)
Doenças da gestação	109 (42,24%)	53 (48,62%)	56 (51,37%)
HAS/PE/E	42 (16,27%)	13 (30,95%)	29 (69,04%)
RCF	10 (3,87%)	4 (40%)	6 (60%)
DMG	55 (21,31%)	25 (45,45%)	30 (54,54%)
Malformação fetal	3 (1,16%)	0 (0%)	3 (100%)
HIV+	9 (3,48%)	3 (33,33%)	6 (66,66%)
Apresentação fetal anômala	11 (4,26%)	0 (0%)	11 (100%)
Gestação gemelar	5 (1,93%)	3 (60%)	2 (40%)

n = número absoluto; TP: trabalho de parto; HAS: hipertensão arterial sistêmica; PE: pré-eclâmpsia; E: eclâmpsia; RCF: restrição de crescimento fetal; DMG: diabete melito gestacional

Foram registrados no mês de novembro de 2020, no Centro Obstétrico do HCPA, 258 nascimentos, sendo 142 por via vaginal e 116 por cesariana. Deste modo, o índice de cesariana (IC) neste mês foi de 44,9%. As gestantes eram, em geral, pacientes jovens (média 27,7 anos), com um ou mais partos prévios (57%), sem cesariana prévia (76,3%), com idade gestacional ≥37 e <41 semanas (74,4%), em torno de 40% com comorbidades prévias à

gestação ou com patologias gestacionais e cuja maioria internou para promoção do nascimento sem estar em trabalho de parto (64,3%).

No geral, as cinco principais indicações de via de parto cesáreo foram: 22 (18,9%) por DCP, 22 (18,9%) por CFNT, 21 (18,1%) por 1 cesariana prévia + desejo materno ou colo desfavorável para indução, 16 (13,7%) por ≥ 2 cesarianas prévias e 15 (12,9%) por apresentação fetal anômala.

Das 197 pacientes sem cesariana prévia (109 nulíparas, 55,3%), 69 pacientes (35,0%) evoluíram para cesariana. As cinco principais indicações destas cesarianas primárias foram: 20 (28,9%) por CFNT, 18 (26,0%) por DCP, 13 (18,8%) por apresentação fetal anômala, 6 (8,6%) por falha de indução do TP e 2 (2,8%) por prematuridade extrema + alteração Doppler.

Das 44 pacientes com 1 cesariana prévia, 13 (29,5%) evoluíram para parto vaginal e 31 (70,4%) para novo parto cesáreo. Todas as que evoluíram para o PV foram admitidas no hospital por TP (11 gestantes, 84,6%) ou Rupreme (2, 15,3%). As cinco principais indicações de nova cesariana foram: 16 (51,6%) por desejo materno, 5 (16,1%) por colo desfavorável para indução, 4 (12,9%) por DCP, 2 (6,4%) por apresentações fetais anômalas e 2 (6,4%) por CFNT.

Discussão

Na amostra de gestantes do HCPA, observou-se prevalência alta de pacientes com comorbidades (41% previamente à gestação e 42% gestacionais), sendo as doenças hipertensivas e o DMG as mais frequentes, condizente com o perfil de alto risco de gestantes referenciadas para um hospital terciário. Segundo a literatura estudada, os percentuais de gravidez de alto risco variam de 6% a 33%, pois as situações e condições que constituem a gravidez de alto risco são variadas (RODRIGUES, 2016; POPLAR, 2014; AKBARZADEH, 2012). O National Institutes of Health (NIH, 2021) delineou várias categorias amplas que podem criar riscos durante a gravidez. Dentre as condições de saúde pré-existent: distúrbios hipertensivos, síndrome do ovário policístico, diabetes, doença renal, doença autoimune, doença da tireóide, obesidade, HIV/AIDS. Em relação à idade: gravidez na adolescência ou depois dos 35 anos. Fatores de estilo de vida: consumo de álcool, tabaco

e/ou drogas ilícitas. Condições de gravidez: gestação múltipla, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

A amostra de gestantes estudadas identificou um índice de cesariana (IC) geral de 44,9% no mês de novembro/2020 no Centro Obstétrico do HCPA.

Segundo a literatura, não são conhecidas as taxas ideais de cesariana para uma determinada população. Acredita-se que não devam ser muito inferiores a 20% e nem muito superiores a 30% (MARTINS-COSTA, 2017). Segundo a OMS, deveriam estar entre 10 e 15% (Lancet, 1985).

No Brasil, o IC é um dos mais altos do mundo, alcançando 53,8% segundo o DATASUS 2016. Ainda, identifica-se diferença importante na proporção de cesarianas realizadas pelo SUS (36%) e pelo sistema de saúde suplementar (88%) (LEAL 2014; DOMINGUES 2014).

A taxa de cesariana primária é um melhor indicador do que a taxa de cesariana geral, visto que gestantes já submetidas à cesariana tendem a repetir o procedimento (WU, 2019), devido a possíveis complicações como ruptura uterina e desejo materno. Os dados das pacientes do HCPA mostraram que em torno de 70% das gestantes com 1 cesariana prévia evoluíram para novo PC (sendo que 51% das indicações foram por desejo da paciente) e que a taxa de cesariana primária encontrada foi de 35%, ainda acima do que seria o ideal.

Nos últimos anos, o PC tem se tornado cada vez mais comum em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No entanto, não há evidências claras de que esse aumento no número de cesarianas tenha levado a melhorias nas taxas de morbidade materna ou neonatal (VILLAR, 2006). Em contrapartida, mulheres com PCs repetidos têm um risco maior de anormalidades da placenta (SILVER, 2006) como placenta prévia (GUROL-URGANCI, 2011), descolamento prematuro da placenta, acretismo placentário, ruptura uterina e histerectomia não planejada (CURTIN, 2015) em gestações subsequentes. Além disso, o risco de várias morbidades maternas graves tem aumentado progressivamente à medida que o número de mulheres submetidas a partos cesáreos aumenta (MARSHALL, 2011; MOLINA, 2015). Ao optar por cesariana, devemos considerar o balanço entre riscos e benefícios para mãe e para o concepto (COLLEGE, 2014).

Segundo a literatura, as quatro indicações de cesarianas mais comuns são DCP, CFNT, cesárea prévia e apresentação fetal anômala. Entretanto, há variações entre diferentes países e entre instituições dentro de um mesmo país (KAMILYA, 2010).

No total de 116 partos via cesariana analisados neste estudo, 37 (31,9%) gestantes tinham 1 cesariana prévia ou mais, influenciando na decisão da via de parto. Na sequência, as indicações mais frequentes foram DCP, CFNT e apresentação fetal anômala, compatível com os dados da literatura. As 69 pacientes que evoluíram para cesariana primária tiveram essas mesmas três indicações principais.

Segundo os dados da Tabela 1, as circunstâncias que aparentemente favoreceram o PC foram: idade materna ≥ 35 anos; idade gestacional ≥ 41 semanas; doença hipertensiva (HAS/PE/E); ≥ 1 cesariana prévia; feto em apresentação anômala, com RCF ou malformação; e HIV+. Por outro lado, os fatores que oportunizaram o PV foram: não ter cesariana prévia e internar em TP (mesmo no caso de 1 cesariana prévia).

Cesárea prévia

Com relação às indicações de cesariana não primárias, a principal indicação relativa é a cesariana prévia, baseada principalmente no risco de ruptura uterina. A incidência de ruptura uterina aumenta conforme cresce o número de cesarianas prévias, sendo cerca de 0,7% após uma cesariana e 1,36% após duas cesarianas (TAHSEEN, 2010). Embora a ruptura uterina possa ser considerada um evento raro, quando ocorre tem significativa gravidade e se relaciona com aumento da morte materna e morte neonatal, além do aumento na necessidade de histerectomias (TOGIOKA, 2020). A chance crescente de ruptura uterina após cesariana evidencia a importância de evitar cesarianas primárias desnecessárias, bem como a repetição destas caso a paciente apresente-se com apenas uma cesariana prévia. O parto vaginal após uma cesariana é uma opção viável e segura para muitas mulheres (TSARKIRIDIS, 2018), sendo importante que durante o pré-natal a gestante seja informada de suas opções e riscos a elas associadas. Deve-se levar em conta que cesarianas de repetição apresentam risco aumentado para situações como placenta acreta, lesão visceral, admissão à unidade

de terapia intensiva, histerectomia e necessidade de transfusão de sangue (TROJANO, 2019).

Desproporção céfalo pélvica (DCP)

É a desproporção de tamanho entre o feto e o canal de parto materno. Entre os sinais de DCP estão: dinâmica uterina maior ou igual 4/10 min, bolsa rota, bolsa serosanguínea, edema de colo, parada de progressão. Seu diagnóstico só pode ser realizado durante a fase ativa do TP.

A contribuição do diagnóstico de distocia por DCP para realização de cesarianas primárias é expressiva, de forma que rever as definições de distocia e a própria fisiologia do parto é fundamental. Estudos recentes apontam que a progressão do parto em nulíparas nos dias atuais ocorre de forma mais lenta do que se pensava historicamente, devido a diversos fatores maternos e ambientais (ZHANG, 2002). Perante esse cenário, o uso do partograma, com critérios estabelecidos primariamente por Emanuel Friedman, tem sido reavaliado por ser um método utilizado para diagnóstico de distocias (ZHANG, 2010; BARBER, 2011). Embora existam evidências do benefício do uso adequado do partograma para uma melhor segurança e monitorização do trabalho de parto (DALAL, 2018), a proposta de novos partogramas (NEAL, 2012) visa evitar o atual "over-diagnosis" de distocia (CUNNINGHAM, 2010.), bem como levar em consideração as diferenças na fisiologia do parto na modernidade. Sua utilização como determinante de condutas tem se mostrado controverso, sendo necessário fazer um uso crítico dessa ferramenta perante as particularidades de cada parturiente e a disponibilidade de recursos (BEDWELL, 2017).

Condição fetal não-tranquilizadora (CFNT)

Outro ponto relevante no cenário do aumento nas indicações de cesariana é o fato de os meios de avaliação de bem estar fetal, como a frequência cardíaca fetal, cardiotocografia (CTG), o perfil biofísico fetal, a avaliação do volume de líquido amniótico e a US Doppler, tanto no pré-natal quanto intraparto, terem baixa acurácia. O uso indiscriminado das tecnologias disponíveis se mostra prejudicial ao aumentar o número de

intervenções, o número de exames solicitados, de medicamentos utilizados e causar antecipações de partos por indução ou cesariana (HAWS, 2009). O uso de CTG contínua, por exemplo, causou um aumento no número de cesarianas e partos vaginais instrumentais, sem alteração significativa de desfechos fetais ruins (ALFIVERIC, 2006). Portanto o uso racional dos recursos é fundamental para diminuição do número de cesarianas e outras intervenções em situações nas quais não são benéficas.

Apresentação fetal anômala

Atualmente, a grande maioria dos fetos em apresentação pélvica nasce por PC. Acredita-se que, evitando-se o parto vaginal, evita-se também a morbidade e a mortalidade associadas à apresentação pélvica (GILBERT, 2003; KREBS, 2003). Em um estudo multicêntrico randomizado de 2.088 mulheres, a decisão pela via alta mostrou menor incidência de mortalidade perinatal e morbidez neonatal grave, sem diferença entre os grupos em relação estão à mortalidade materna e à morbidez materna grave (HANNAH, 2000).

A versão cefálica externa é um método útil para reduzir o alto índice de cesarianas em gestantes com apresentação pélvica (KIM, 2019). É recomendada a todas as pacientes com feto não cefálico que desejem tentar o PV e que não apresentem contraindicações (COLLEGE, 2016), sendo a cesariana prévia uma contraindicação relativa. Contraindicações absolutas incluem bolsa rota, anomalia uterina, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, malformação fetal grave, CFNT e gemelaridade (SELA, 2009). Apresenta uma taxa de sucesso que varia de 35% a 86% e deve ser realizada idealmente com 37 semanas de gestação, sempre em ambiente hospitalar pelo risco de complicações.

Quanto às limitações do nosso estudo, os dados são baseados em série de casos, com possíveis vieses devido à coleta de dados retrospectivos. Cabe mencionar ainda que nossa amostra é muito pequena para que se tirem conclusões definitivas e que a escolha da via de parto sofre influência de uma série de fatores como idade materna, comorbidades, nascimentos anteriores, condições maternas e fetais intraparto, desejo materno, disponibilidade de recursos e outros (DA SILVA CHARVALHO, 2019). A identificação dos fatores envolvidos na escolha da via de parto em uma amostra

mais significativa de gestantes se faz necessária e pode ajudar na implementação de medidas para reduzir a taxa de cesarianas, principalmente o índice de cesariana primária.

Referências

- AKBARZADEH, Marzieh; KHAJEHEI, Marjan. High-risk pregnancy: effects on postpartum depression and anxiety, and health of newborns. *British Journal of Midwifery*, v. 20, p. 105–113, 2012.
- ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, G. M. L. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 3, p. CD006066, 2006.
- ALMEIDA, Nilza Alves Marques; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Marta Rovey de. Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 819–827, 2012.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (COLLEGE); SOCIETY FOR MATERNAL-FETAL MEDICINE; CAUGHEY, Aaron B.; et al. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 210, n. 3, p. 179–193, 2014.
- APPROPRIATE TECHNOLOGY FOR BIRTH. *The Lancet*, v. 326, n. 8452, p. 436–437, 1985.
- BARBER, Emma L.; LUNDSBERG, Lisbet S.; BELANGER, Kathleen; et al. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstetrics and Gynecology*, v. 118, n. 1, p. 29–38, 2011.
- BEDWELL, Carol; LEVIN, Karen; PETT, Celia; et al. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 17, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5237234/>>. Acesso em: 21 fev. 2021.
- BERNARDO, Luca S.; SIMÕES, Ricardo; BERNARDO, Wanderley M.; et al. Mother-requested cesarean delivery compared to vaginal delivery: a systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 60, n. 4, p. 302–304, 2014.
- CONITEC. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2015.
- CUNNINGHAM, F. Gary; LEVENO, Kenneth J.; BLOOM, Steven L.; et al. *Williams Obstetrics*. 23. ed. New York: McGraw-Hill, 2010.
- CURTIN, Sally C.; GREGORY, Kimberly D.; KORST, Lisa M.; et al. Maternal Morbidity for Vaginal and Cesarean Deliveries, According to Previous Cesarean History: New Data From the Birth Certificate, 2013. *National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, v. 64, n. 4, p. 1–13, back cover, 2015.
- DA SILVA CHARVALHO, Paula; HANSSON BITTÁR, Mira; VLADIC STJERNHOLM, Ylva. Indications for increase in caesarean delivery. *Reproductive Health*, v. 16, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6543674/>>. Acesso em: 21 fev. 2021.
- DALAL, Asha R.; PURANDARE, Ameya C. The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise? *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, v. 68, n. 1, p. 3–14, 2018.
- DATASUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em: 21 fev. 2021. Practice Bulletin No. 161: External Cephalic Version. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26942387/>>.

- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S101–S116, 2014.
- ENTRINGER, Aline Piovezan; GOMES, Maria Auxiliadora de Souza Mendes; DA COSTA, Ana Carolina Carioca; et al. Impacto orçamentário do parto vaginal espontâneo e da cesariana eletiva sem indicação clínica no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49456>>. Acesso em: 21 fev. 2021.
- GIBBONS, Luz; BELIZÁN, José; LAUER, Jeremy; et al. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage *HEALTH SYSTEMS FINANCING*. *World Health Report 2010*, v. 30, 2010.
- GILBERT, William M.; HICKS, Shauna M.; BOE, Nina M.; et al. Vaginal versus cesarean delivery for breech presentation in California: a population-based study. *Obstetrics and Gynecology*, v. 102, n. 5 Pt 1, p. 911–917, 2003.
- GUROL-URGANCI, Ipek; CROMWELL, David A.; EDOZIEN, Leroy C.; et al. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 11, n. 1, p. 95, 2011.
- HADDAD, Samira El Maerawi T.; CECECATTI, José Guilheherme. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 33, n. 5, p. 252–262, 2011.
- HANNAH, M. E.; HANNAH, W. J.; HEWSON, S. A.; et al. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet (London, England)*, v. 356, n. 9239, p. 1375–1383, 2000.
- HAWS, Rachel A.; YAKOOB, Mohammad Yawar; SOOMRO, Tanya; et al. Reducing stillbirths: screening and monitoring during pregnancy and labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 9, n. 1, p. S5, 2009.
- KAMILYA, Gourisankar; SEAL, Subrata Lall; MUKHERJI, Joydev; et al. Maternal mortality and cesarean delivery: an analytical observational study. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, v. 36, n. 2, p. 248–253, 2010.
- KIM, Gwang Jun. Reviving external cephalic version: a review of its efficacy, safety, and technical aspects. *Obstetrics & Gynecology Science*, v. 62, n. 6, p. 371–381, 2019.
- KREBS, Lone; LANGHOFF-ROOS, Jens. Elective cesarean delivery for term breech. *Obstetrics and Gynecology*, v. 101, n. 4, p. 690–696, 2003.
- LEAL, Maria do Carmo. *Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*, 2014.
- MARSHALL, Nicole E.; FU, Rongwei; GUISE, Jeanne-Marie. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 205, n. 3, p. 262.e1–8, 2011.
- MARTINS-COSTA, Sérgio; LOPES RAMOS, José Geraldo; MAGALHÃES, José Antônio; et al. *Rotinas em Obstetrícia*. 7. ed. Porto Alegre: artmed, 2017.
- MASCARELLO, Keila Cristina; HORTA, Bernardo Lessa; SILVEIRA, Mariângela Freitas. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, p. 105, 2017.
- MOLINA, George; WEISER, Thomas G.; LIPSITZ, Stuart R.; ESQUIVEL, Micaela M.; URIBE-LEITZ, Tarsicio; AZAD, Tej; SHAH, Neel; SEMRAU, Katherine; BERRY, William R.; GAWANDE, Atul A.. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *Jama, [S.L.]*, v. 314, n. 21, p. 2263, 1 dez. 2015.

NAKANO, Andreza Rodrigues; BONAN, Claudia; TEIXEIRA, Luiz Antônio. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 885–904, 2015.

NEAL, Jeremy L.; LOWE, Nancy K. Physiologic partograph to improve birth safety and outcomes among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset. *Medical Hypotheses*, v. 78, n. 2, p. 319–326, 2012.

NIH. What are some factors that make a pregnancy high risk?

<https://www.nichd.nih.gov/>. Disponível em: <<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/factors>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Human Reproduction Programme*, 2015.

POPLAR, Joyce. Holistic Care in High Risk Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education*, v. 29, n. 4, p. 68–71, .

RODRIGUES, PB; ZAMBALDI, CF; CANTILINO, A; et al. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, v. 38, n. 3, p. 136–140, 2016.

SELA, Hen Y.; FIEGENBERG, Tomer; BEN-MEIR, Assaf; et al. Safety and efficacy of external cephalic version for women with a previous cesarean delivery. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, v. 142, n. 2, p. 111–114, 2009.

SILVER, Robert M.; LANDON, Mark B.; ROUSE, Dwight J.; et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstetrics and Gynecology*, v. 107, n. 6, p. 1226–1232, 2006.

TAHSEEN, S.; GRIFFITHS, M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, v. 117, n. 1, p. 5–19, 2010.

TOGIOKA, Brandon M.; TONISMAE, Tiffany. Uterine Rupture. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020*. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559209/>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

TROJANO, Giuseppe; DAMIANI, Gianluca Raffaello; OLIVIERI, Claudiana; et al. VBAC: antenatal predictors of success. *Acta Bio Medica : Atenei Parmensis*, v. 90, n. 3, p. 300–309, 2019.

TSAKIRIDIS, Ioannis; MAMOPOULOS, Apostolos; ATHANASIADIS, Apostolos; et al. Vaginal Birth After Previous Cesarean Birth: A Comparison of 3 National Guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, v. 73, n. 9, p. 537–543, 2018.

VILLAR, José; VALLADARES, Eliette; WOJDYLA, Daniel; et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, v. 367, n. 9525, p. 1819–1829, 2006.

WU, Yanxin; KATARIA, Yachana; WANG, Zilian; et al. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 19, n. 1, p. 360, 2019.

ZHANG, Jun; TROENDLE, James F.; YANCEY, Michael K. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 187, n. 4, p. 824–828, 2002.

ZHANG, Jun; TROENDLE, James; REDDY, Uma M.; et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 203, n. 4, p. 326.e1-326.e10, 2010.