

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Indicação de Parto Cesárea

Versão: 2 | 2025

SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELENI

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Vinicius Ribeiro de Oliveira, Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Alberto Borges Peixoto, Caetano Galvão Petrini, João Ulisses Ribeiro e Marina Carvalho Paschoini, Unidade de Saúde da Mulher

ANÁLISE

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados
Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado
Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 20/3/2025

Código do documento: PRT.UMUL.002

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Definir as indicações e contradições do parto cesariana, a fim de evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários.

Estabelecer as etapas da realização do procedimento, para que haja uma melhor assistência prestada à mãe e ao concepto, evitando complicações.

2. DESCRIÇÃO

Procedimento cirúrgico que consiste em incisão da parede abdominal e do útero (histerotomia) com a finalidade de retirar o produto da concepção.

2.1 Tipos

- ✓ Cesárea de emergência: quando há ameaça imediata à vida da gestante ou do feto;
- ✓ Cesárea de urgência: quando há comprometimento materno ou fetal sem risco de vida imediato;
- ✓ Cesárea programada: quando não há comprometimento materno ou fetal, porém há necessidade de interrupção da gestante;
- ✓ Cesárea a pedido: eletiva, por desejo da paciente;
- ✓ Cesárea *perimortem*: quando a gestante se encontra em estado grave. Realizada com o objetivo de salvar o feto ou a mãe;
- ✓ Cesárea *post mortem*: realizada após a morte materna, com o intuito de salvar o feto.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Não se aplica.

4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

A indicação de cesariana é da competência e responsabilidade do médico obstetra da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

5. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

- ✓ Sala de parto equipada para parto cesariana:
 - a. Estrutura adequada;
 - b. Instalações de foco luminoso e aparelho de ar-condicionado em bom estado de funcionamento;
 - c. Berço aquecido para os primeiros cuidados prestados ao recém-nascido;
- ✓ Material anestésico;
- ✓ Material cirúrgico:
 - a. Campos estéreis;
 - b. Elementos para antisepsia e assepsia (escova degermante, cuba, gaze, clorexidina, pinça para antisepsia);
 - c. Kit cesárea (bisturi frio, bisturi elétrico, aspirador, tesouras, pinças de dissecação e hemostáticas, Allis, afastadores, porta-agulhas, fios);
- ✓ Instituição do parto seguro: *checklist* com contagem de materiais, agulhas e compressas.

6. INDICAÇÕES/CONTRAINDICAÇÕES

Indicações:

- ✓ Indicações obstétricas ou clínicas: ver Situações Especiais – item 8.
- ✓ Eletivo:
- Normalmente não deve ser feita antes das 39 semanas de gestação pelo risco de desconforto respiratório neonatal, sepse e hipoglicemia. Devem-se respeitar a existência de indicações médicas maternas ou fetais.

Contraindicações, Observando Condições Obstétricas:

- ✓ Morte fetal intraútero;
- ✓ Malformações fetais incompatíveis com a vida.

7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO – PARTO CESARIANO

7.1 Pré-operatório

- 1 Anamnese prévia: história clínica e cirúrgica, antecedentes anestésicos, uso de drogas, antecedentes transfusionais, medicamentos em uso, alergias e tempo de rotura das membranas.
- 2 Exame físico: repetir toque vaginal em pacientes em trabalho de parto, imediatamente antes da anestesia, para assegurar que não houve progressão suficiente que permita parto vaginal.
- 3 Exames pré-operatórios mínimos: teste rápido HIV, VDRL e tipagem sanguínea, exceto nas indicações de emergência.
- 4 Avaliação pré-anestésica imediata pelo especialista.
- 5 Jejum: idealmente (excluindo-se emergências/urgências) 2 horas sem ingerir líquidos claros, 6 horas sem ingerir dieta leve e 8 horas sem ingerir refeições regulares.
- 6 Monitorização da paciente, em decúbito dorsal.
- 7 Acesso venoso periférico.
- 8 Preparo da parede abdominal: tricotomia e antissepsia.
- 9 Sondagem vesical de demora, se necessário.
- 10 Antibioticoprofilaxia na indução anestésica com Cefazolina, 2 g, dose única em pacientes até 120kg e 3g acima de 120kg – previne endometrite pós-parto e infecção de parede abdominal. Para as alérgicas à Penicilina, indicar Clindamicina, 900 mg, antes da incisão da pele, com ou sem a um aminoglicosídeo (Gentamicina 5mg/kg).
11. Termo de Consentimento informado, exceto nas emergências, discutido com a paciente, assinado e datado antes do procedimento, incluindo diagnóstico, procedimento, fatores de risco mais comuns e importantes e procedimentos adicionais que podem ser necessários (laqueadura tubaria, remoção de massas anexiais conhecidas).
12. Anestesia: raquianestesia quando possível. Deve estar disponível material para progressão de anestesia geral quando indicado ou complementar.
13. Antissepsia e assepsia com clorexidina.

7.2 Intraoperatório - Técnica Cirúrgica Clássica

1. Incisão de pele e subcutâneo à Pfannenstiel com bisturi frio.
2. Abertura transversal da aponeurose com tesoura de Metzenbaum curva.
3. Descolamento com bisturi da musculatura dos retos abdominais sob a aponeurose.

4. Divulsão digital da musculatura dos retos abdominais.
5. Abertura longitudinal do peritônio parietal com tesoura de Metzenbaum curva.
6. Descolamento com tesoura de Metzenbaum curva do peritônio visceral sob o útero e rebaixamento da bexiga.
7. Histerotomia:
 - a. Segmentar (preferencial em fetos a termo):
 - I. Transversa (incisão de Kerr), arciforme, de cavo superior, inicialmente a bisturi frio, pinça romba e depois por divulsão bidigital, respeitando-se os plexos uterinos laterais.
 - II. Longitudinal ou segmento corporal minimizando extensão ao miométrio ativo. Cuidado com risco de lesão vesical, por propagação.
 - b. Corporal ou Cesárea Clássica:
 - I. Reservada para os seguintes casos:
 - ✓ Prematuridade extrema sem trabalho de parto;
 - ✓ Falta de formação ou segmento inferior estreito (idade gestacional abaixo de 32 semanas);
 - ✓ Placenta anterior (prévia-cesárea – opcional);
 - ✓ Anel contrátil de Bandl;
 - ✓ Dificuldade no acesso ao segmento inferior (varizes, bexiga anômala);
 - ✓ *Post mortem*;
 - ✓ Fetos xifópagos;
 - ✓ Apresentação transversa de dorso inferior;
 - ✓ Apresentação pélvica pré-termo.
8. Extração do concepto: quando cefálico, realizar manobra de Geppert (obstetra posiciona a mão no interior da cavidade uterina, orientando a saída da cabeça (occipício) do feto, enquanto o auxiliar pressiona o fundo uterino). Observação: caso o feto esteja em apresentação pélvica, a sua retirada obedece aos mesmos tempos e técnicas propostas para o parto vaginal.
9. Clampeamento e secção do cordão umbilical em acordo com a equipe de neonatologia.
10. Extração da placenta (preferencialmente, espontânea, com tração controlada ou manual).
11. Limpeza da cavidade uterina, até certificar-se de que não há restos de membranas ou material placentário.
12. Desnecessária dilatação cervical manual ou instrumental na cesariana eletiva.
13. Exteriorização uterina só deve ser realizada se sangramento importante, necessidade de melhor exposição anexial ou massagem uterina mais efetiva.
14. Síntese da cavidade abdominal por planos, sempre respeitada a hemostasia:
 - a. Histerorrafia com fio tipo Catgut cromado 1 ou Vicryl-1 em sutura contínua ancorada (em um plano se histerotomia segmentar, em dois planos se histerotomia corporal);
 - b. Revisão da cavidade abdominal com inspeção de anexos (tubas uterinas e ovários);
 - c. Contagem de compressas e agulhas;
 - d. Com relação ao fechamento dos peritônios visceral e parietal; existem evidências dos benefícios do não fechamento, contudo, deve-se fazer uma revisão atenciosa da hemostasia (Berghella, 2018). Caso a equipe opte pelo fechamento, utilizar Catgut simples 0, com pontos em chuleio simples;
 - e. Aproximação dos músculos retos abdominais com técnica de barra grega ou em U, com fio tipo Catgut simples 0;
 - f. Fechamento da aponeurose em chuleio simples ou ancorado com fio tipo Vicryl-0;

g. Aproximação do tecido subcutâneo se espessura maior que 2 cm, com pontos simples, com o fio Catgut simples 2-0;

h. Sutura da pele (contínua ou não, a depender do biotipo da paciente e do risco infeccioso) com nylon.

15. Descrição minuciosa, no prontuário, do procedimento, indicação, tipo de histerotomia, achados intraoperatórios, estado dos anexos e ovários além de procedimentos complementares.

7.3 Pós-operatório

- Prescrição:
 - ✓ Repouso relativo, com estímulo à deambulação assistida após recuperação anestésica;
 - ✓ Dieta líquida nas primeiras 4 horas de pós-operatório, evoluindo para branda a seguir, conforme aceitação ou resolução da náusea. (Liberação imediata de líquidos claros nos procedimentos sem complicações);
 - ✓ Hidratação venosa proporcional às perdas. Acesso venoso hidrolisado nas primeiras 24h;
 - ✓ Analgesia sistemática AINE (Anti-inflamatório não esteroide) e Dipirona. Se necessário associar o Tramadol ou Codeína+Paracetamol;
 - ✓ Antieméticos;
 - ✓ Manter sonda vesical de demora, pelo período mínimo de 06 horas, devendo ser retirada pela enfermagem na ausência de recomendação de drenagem de demora, se deambulando bem e diurese acima de 30 ml/hora;
 - ✓ Controle de sinais vitais e tonicidade uterina (contração) a cada hora nas primeiras 6 horas a cada 4 horas nas primeiras 12 horas e a cada 08 h até a alta;
 - ✓ Avaliação da tonicidade uterina conforme indicada reportando e agindo quando loquiação aumentada;
 - ✓ Estimular precocemente a amamentação, caso não haja contraindicação;
 - ✓ Estimular movimentação no leito e quando possível, deambulação precoce assistida;
- Curativo da ferida operatória:
 - ✓ Troca no 1º dia pós-operatório (lavar a incisão com soro fisiológico, secar adequadamente);
 - ✓ Retirada do curativo após 6 a 12 horas do parto. Manter a ferida descoberta com higiene usando água corrente e sabão. Cobrir cicatriz enquanto cicatriz for secretante;
- Alta hospitalar após, um mínimo de 36 horas, nas cesarianas de baixo risco com puerpério fisiológico e, após pelo menos 72 horas, se houver alguma patologia.
- Prescrever analgésico, contraceptivo de escolha, Sulfato Ferroso enquanto estiver amamentando e medicações compensadoras das possíveis comorbidades;
- Orientar quanto à dieta, higiene pessoal, cuidados com a ferida operatória e com as mamas;
- Estimular amamentação;
- Fornecer relatório de alta com registro da indicação da cesariana, tipo de incisão histerômica, possíveis intercorrências e achados intraoperatórios.

7.4 Complicações

Intraoperatório

- ✓ Hemorragia:



Atonia uterina: é a causa mais comum de hemorragia pós-parto. Fundamental a interação com anestesista para controle da condição hemodinâmica materna. Procede-se à massagem uterina com exteriorização do útero, quando necessário. De forma escalonada infundir sucessivamente ocitocina, metilergometrina venosas e misoprostol via retal. O tratamento cirúrgico da hemorragia também deve ser escalonado, conforme condição hemodinâmica materna. Suturas uterinas de compressão, suturas de O`Leary sobre as artérias uterinas com vicryl 0 ou 1 acima do ureter, suturas de B-lynch, instalação de balão intra-uterino, sonda de Foley com balão de 30 ml ou balão tipo Bakri. Uma última opção pode ser a histerectomia puerperal, de preferência sub-total. (Hemorragia Pós-Parto - consultar referências).

Medicações e doses Utilizadas na Atonia Uterina	
Medicações	Doses
Ocitocina 5 UI	20 UI IV, diluído em SG5% ou SF0,9%
Metilergometrina 0,2mg	0,2 mg IM
Misoprostol 200 mcg	800 mcg Via retal

Figura 1 – Medicações e doses utilizadas na atonia uterina. Fonte: própria.

✓ **Lacerações:**

Mais comuns nos partos com manobras ou segmento muito fino. Nos segmentos finos preferir histerotomias ligeiramente mais acima da área adelgada. Uma exposição satisfatória deve ser obtida inclusive com a exteriorização do útero e sutura acima da laceração respeitando o trajeto ureteral.

✓ **Lesão do trato urinário:**

Mais comum nas cesarianas de repetição e histerectomias puerperais. Nas lesões vesicais da cúpula deve ser suturada em 2 planos com fio tipo vicryl 2-0. Se a base da bexiga, trígono ou ureter for atingido deve-se buscar, de preferência, avaliação de especialista. Manter sonda vesical de demora aberta por 07 dias.

✓ **Lesão intestinal:**

Mais comum quando existem aderências intestinais. Minimiza-se com dissecação cortante apenas quando o peritônio for transparente e longe da parede da alça. Lesões transversais de toda espessura de menos de um centímetro devem ser reparadas no sentido longitudinal com pontos simples, em dois planos com Vicryl 3-0. Lacerações mais extensas ou complexas podem exigir, de preferência, avaliação de especialista. Na ocorrência de contaminação fecal, além de exigir irrigação exaustiva e copiosa, impõe ampliação da cobertura infecciosa com aminoglicosídeo e metronidazol.

Pós-Operatório Imediato

✓ **Infecção:**

Endomiometrite: tratamento semelhante à infecção puerperal. Resolução esperada em 72 horas de antibiótico parenteral de amplo espectro. Caso contrário pode complicar com tromboflebite pélvica, parametrite, abscesso pélvico e peritonite.

✓ **Infecção e deiscência de sutura da parede abdominal:**

A deiscência ocorre em 5% das cesarianas e em 2/3 as feridas estão infectadas. A infecção é de diagnóstico clínico podendo os abscessos mais profundos serem rastreados por ultrassonografia de parede abdominal associada à clínica e exames laboratoriais. As infecções surgem após 4 a 7 dias com identificação frequente após a alta, sendo a causa mais comum associada as coleções

subcutâneas. Os abscessos e coleções mais superficiais devem ter drenagem ampla e precoce com cicatriz coberta. O reparo, por segunda intenção ou por ressutura, pode ser definido a partir da extensão da ferida e avaliação criteriosa das condições locais. Os abscessos subaponeuróticos devem ter abordagem precoce a fim de evitar-se a ocorrência de fascíte. As deiscências de aponeurose podem originar eventrações devendo as alças serem cobertas com compressas úmidas e seguido de exploração local e fechamento da área usando sutura em bloco com ou sem uso de telas. Na reabordagem e situações complexas podem exigir, de preferência, avaliação de especialista.

✓ Tromboembolismo

O risco de Trombose Venosa Profunda (TVP) é 3 a 5 vezes maior que no parto vaginal. A TVP pode complicar com Tromboembolismo Pulmonar (TEP). O puerpério é o momento com maior risco para o desenvolvimento de TEP/TVP. Recomenda-se mobilização precoce para todas as puérperas para, ao menos, um fator de risco e, para múltiplos fatores, a tromboprofilaxia farmacológica e ou mecânica (meias compressivas), devem ser utilizadas.

• Classificação de Risco para TEP e Profilaxia:

❖ Risco baixo: deambulação precoce:

1. Cesariana com gravidez de baixo risco;

❖ Risco moderado: HBPM (heparina de baixo peso molecular) ou meias compressivas:

1. Idade > 35 anos;
2. Obesidade (IMC – índice de massa corporal >30);
3. Paridade > 3;
4. Varizes importantes;
5. Infecção atual;
6. Pré-eclâmpsia;
7. Imobilização por mais de 4 dias da cirurgia;
8. Doença grave atual;
9. Cesariana de emergência durante trabalho de parto;

❖ Risco alto: HBPM e meias compressivas:

1. Presença de mais de dois fatores de risco moderado;
2. Histerectomia puerperal;
3. TVP/TEP prévia ou trombofilia conhecida.

Fonte: Marik e Plante in Manual ALSO 2016

✓ Tromboflebite pélvica

Diagnóstico de exclusão. Febre persistente, apesar do uso de antibióticos, pode ser o único sintoma, devendo estar no diagnóstico diferencial das febres de origem obscura. A melhora após uso de heparina confirma o diagnóstico.

8. PARTO CESAREANO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

8.1. Cesariana Perimorte

Recomendada, desde os anos 90, como etapa das manobras de reanimação materna quando malsucedidas após 4º minuto sem retorno da circulação em gravidezes de mais de 20 semanas com pessoal, estrutura física e equipamentos adequados para cuidado posterior materno e fetal. Dispensa o consentimento da família. (Qualidade da evidência - QE alta).

8.2. Parto em Apresentação Pélvica

Nas situações nas quais uma versão cefálica externa, em ambiente hospitalar, a partir de 38 semanas, não puder ser realizada, estiver contraindicada ou não tiver sucesso. A cesariana está indicada, a partir das 39 semanas, sugerindo-se aguardar o início do Trabalho de Parto. Caso a paciente decida-se por parto pélvico vaginal deverá ser informada e esclarecida sobre os riscos de maior morbidade e mortalidade perinatal e neonatal, com registro de Termo de Consentimento, se houver profissional experiente para assistência. (QE alta).

8.3. Nascimento Pré-Termo

Não há recomendação de cesariana, de forma rotineira, quando a apresentação for cefálica (QE baixa).

8.4. Feto Pequeno Para Idade Gestacional

Na ausência de outras indicações, não há indicação rotineira para cesariana, quando a apresentação for cefálica. Na opção pelo parto vaginal a monitorização fetal deve ser redobrada (QE baixa).

8.5. Placenta Prévia

Recomenda-se a cesariana programada nos casos de Placenta Prévia centrototal ou centroparcial (QE baixa).

8.6. Acretismo Placentário

Em placenta prévia, recomenda-se avaliação ecográfica com Doppler para investigação de acretismo placentário, entre 28 e 32 semanas, e recomendada cesariana nas suspeitas de placenta percreta e increta entre 34 e 36 semanas de gestação. A cesariana deve ser feita em centro terciário com equipe cirúrgica especializada referenciada e unidade transfusional disponível (QE baixa ou muito baixa).

8.7. Infecção por HIV

Confirmar a Idade Gestacional adequadamente para evitar-se a prematuridade iatrogênica preferentemente antes no 1º trimestre.

A cesariana eletiva deve ser realizada, na 38ª semana, buscando evitar-se o trabalho de parto e a rotura prematura das membranas. No trabalho de parto, antes da data programada, com dilatação cervical menor que 4 cm, Zidovudina deve ser feito, se possível, antes da cesariana. Exige-se hemostasia rigorosa da parede abdominal e troca das compressas antes da histerotomia além do clampamento precoce do cordão umbilical de forma a minimizar transmissão vertical (QE alta).

8.8. Infecção por Vírus da Hepatite B

Não é recomendado parto por cesariana como forma de prevenção da transmissão vertical (QE moderada).

8.9. Infecção por Vírus da Hepatite C

Não é recomendado parto por cesariana como forma de prevenção da transmissão vertical (QE moderada).

8.10. Infecção por Herpes Simples

Recomenda-se o parto por cesariana em mulheres com infecção primária no 3º trimestre. Também deve ser realizada na infecção ativa recorrente no momento do parto (QE muito baixa).

8.11 Parto Cesariano para Laqueadura Tubárea.

Pela Lei 9263/1996 o modo de parto não deve ser determinado em função da realização de ligadura tubária. Para realização, deve-se ter a documentação necessária previamente liberada (60 dias).

9. PARTO VAGINAL EM PACIENTES COM CESARIANA PRÉVIA

Deve ser feito aconselhamento sobre modo de parto para pacientes com cesariana prévia considerando a preferência da mulher, os riscos/benefícios de uma nova cesariana, os riscos/benefícios de um parto vaginal após uma cesariana.

Recomenda-se que mulheres com cesarianas prévias sejam esclarecidas do aumento de risco de rotura uterina com o parto vaginal sendo este, a princípio, baixo e que se eleva com o número de cesarianas prévias. Risco de rotura uterina durante trabalho de parto:

- ✓ Risco diminuído (<1%):
 - Parto vaginal anterior cesariana segmentar transversa prévia;
 - Parto prematuro;
 - Histerorrafia em duas camadas;
- ✓ Risco neutro (1 a 2%):
 - Indução de parto com ocitocina com índice de Bishop favorável;
 - Histerorrafia em camada única;
 - Cicatriz uterina desconhecida, sem risco elevado para incisão clássica prévia;
- ✓ Risco aumentado (> 2 a 4%):
 - Cicatriz uterina desconhecida em cenário de alto risco para incisão clássica prévia;
 - Incisão uterina clássica ou em T invertido;
 - Miomectomia, ressecção cornual ou cirurgia uterina extensa prévia;
 - Rotura uterina prévia;
 - Obesidade mórbida prévia (IMC > 40 Kg/m²);
 - Duas ou mais incisões uterinas prévias sem parto vaginal;
 - Indução de parto com Bishop desfavorável e com prostaglandina ou ocitocina.

Fonte: ALSO 2016

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

Não se aplica.

11. FLUXOGRAMA

Não se aplica.

12. MONITORAMENTO

As pacientes serão monitoradas pela equipe de Obstetrícia no Ambulatório de Puerpério.

13. REFERÊNCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Cesarean Birth (C-section). [acog.org](http://www.acog.org). [Online] maio de 2015. [Citado em: 11 de maio de 2017.] <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Cesarean-Birth-CSection>.
2. Louis, Hedwige Saint. Cesarean Delivery: Overview, Preparation, Technique. Medscape. 2016.
3. Amorim, Melânia Maria Ramos. Indicações de cesarianas baseadas em evidências. Femina. Agosto de 2010.
4. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Protocolos de Obstetrícia. Assistência ao parto cesariana. Fortaleza: s.n., 2014.
5. NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean section - Clinical guideline. [nice.org](https://www.nice.org.uk/guidance/cg132). [Online] Nov de 2011. [Citado em: 11 de Maio de 2017.] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>.
6. Lopes, Antonio Carlos. Inserção baixa de Placenta. Diagnóstico e Tratamento. s.l. : Monole, 2006.
7. Manual e Programa de Estudos, ALSO Brasil, Ed Sarvier, 2016.
8. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Relatório de Recomendação Ministério da Saúde do Brasil, abril de 2015.
9. Berghella, V. Casarean delivery: post operative issues. UpTo Date.2017. Disponível em: <https://www.uotodate.com>. Acesso em: 8 out. 2020.

14. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	9/1/2023	Elaboração do Protocolo (PRT)
2	20/3/2025	Revisão do documento e inserção em novo modelo

15. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**Elaboração da versão atual (versão 2) – data: 7/1/2025**

Vinicius Ribeiro de Oliveira, Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Alberto Borges Peixoto, Caetano Galvão Petrini, João Ulisses Ribeiro e Marina Carvalho Paschoini, médicos da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Análise – data: 7/1/2025

Rosekeila Simões Novelino, chefe da UMUL

Validação técnica – data: 28/1/2025 a 26/2/2025

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados (STESP)

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Aprovação – data: 10/2/2025

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Registro, validação de forma e revisão – data: 20/3/2025

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 1 – data: 9/1/2023

Vinicius Ribeiro de Oliveira, Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Alberto Borges Peixoto, Caetano Galvão Petrini, João Ulisses Ribeiro e Marina Carvalho Paschoini, médicos da UMUL

Validação

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do STESP

Taciana Fernandes Araújo Ferreira, chefe da DGC substituta

Rodrigo Juliano Molina, médico do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ

Registro, análise e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde