

# Gravidez prolongada: subsídios da literatura médica para uma defesa

Prolonged pregnancy: medical literature support for a defense

Ângelo do Carmo Silva Matthes\*

## Palavras-chave

Gravidez prolongada  
Insuficiência placentária  
Parto  
Trabalho de parto  
Erros médicos

## Keywords

Pregnancy, prolonged  
Placental insufficiency  
Parturition  
Labor, obstetric  
Medical errors

## Resumo

A conduta para o atendimento de gestantes com gravidez prolongada sofre variações conforme o serviço pesquisado. Trabalhos de meta-análise mostram que o atendimento ideal da gravidez com mais de 41 semanas ainda requer mais estudos, alguns mostrando vantagens na indução do trabalho de parto e outros não. Por outro lado, observa-se, cada vez mais, processos judiciais contra médicos nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia, em decorrência de negligência, imperícia e imprudência, muitas vezes de difícil caracterização, no atendimento dessas pacientes. A gestação prolongada, que ocorre, aproximadamente, em torno de 10% das gestações, pode causar acometimentos irreversíveis tanto maternos quanto fetais, aumentando a morbimortalidade de ambos, além de ser um dos motivos de denúncia de erro médico. Este trabalho teve como objetivo buscar evidências científicas na literatura que ofereçam diretrizes para o melhor atendimento dessas pacientes, na tentativa de se evitar danos maternos e fetais e ainda oferecer subsídios para uma defesa profissional, caso o médico sofra denúncia por má prática quando do atendimento de uma gestante nessa condição.

## Abstract

Procedures for the care of pregnant women with prolonged pregnancy can vary according to the service. Meta-analysis show that the ideal treatment of pregnancy over 41 weeks still demands more studies, some of them showing advantages in the induction of delivery and others not. On the other hand, it can be increasingly observed lawsuits against doctors in Obstetrics and Gynecology as a result of negligence, malpractice and imprudent acts – which are difficult to characterize – in the care of these patients. The prolonged gestation, which occurs roughly in around 10% of pregnancies, can cause irreversible maternal and fetal attacks, increasing morbidity and mortality of both. It is also one of the reasons for denunciation of medical error. This work had the purpose of seek evidence in the scientific literature that provide guidelines to ensure a better management of these patients, in an attempt to prevent maternal and fetal damage and give subsidies for a professional defense if the doctor is accused of malpractice in the treatment of a woman in this condition.

Trabalho realizado no Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá.  
\*Professor Titular do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Ângelo do Carmo Silva Matthes – Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá – Rua Ramos de Azevedo, 423 – CEP 140900-180 – Ribeirão Preto (SP), Brasil – Tel.: (16) 3625-9229 – Fax: (16) 3625-9385 – Email: matthes@mulheresaude.med.br

## Introdução

Um dos mais importantes temas obstétricos é a gravidez prolongada (GP), também denominada de gravidez pós-termo, que ocorre, aproximadamente, em torno de 10% das gestações e ocasiona alta incidência de intercorrências obstétricas, levando a complicações maternas e fetais<sup>1-2</sup>(A).

Na década de 1950, reconheceu-se que alguns fetos nascidos de gestação com mais de 41 semanas exibiam alterações próprias e apresentavam morbidade e mortalidade aumentadas em relação aos fetos de gestação a termo, em torno de 40 semanas<sup>3</sup>(B). Após 1970, passou-se a preconizar monitorização contínua da vitalidade fetal, na tentativa de minimizar estes problemas<sup>4</sup>(B).

Mesmo com esta prática adotada até hoje, não diminuíram os dissabores para o obstetra quando o desfecho não é favorável, pois quando ocorre um óbito intrauterino, o que primeiro se questiona é se não passou da hora, seguido de “por que não se fez uma cesariana a tempo?”. Enfim, uma série de indagações na busca um culpado – quase sempre o obstetra, que, na maioria das vezes, é inocente.

Não há um padrão universal de conduta na abordagem da gestação prolongada e diversos trabalhos de revisão e metanálise sugerem que ainda há uma grande necessidade de trabalhos randomizados e estudos observacionais com uma ampla gama de resultados para fornecer provas suficientes de que a indução eletiva do parto em gravidez acima de 41 semanas seja o tratamento ideal para diminuir a mortalidade perinatal<sup>5-9</sup>(A).

O objetivo deste trabalho foi verificar na literatura os *guidelines* em diversos serviços de obstetrícia e as melhores evidências sobre o manejo da GP, para orientar os obstetras brasileiros quanto ao melhor atendimento de suas pacientes e fornecer subsídios, com embasamento científico, para que possam minimizar possíveis imputações de erro médico e facilitar uma defesa, caso se faça necessária.

## Metodologia

Para um entendimento mais didático, elaboramos 20 perguntas pertinentes ao tema proposto e procuramos respostas com base em revisões sistemáticas e em trabalhos científicos publicados nos bancos de dados da Biblioteca Cochrane, Bireme, Lilacs/SciELO e Medline/Pubmed, usando os descritores “Gravidez Prolongada”, “Insuficiência Placentária”, “Parto”, “Trabalho de Parto” e “Erros Médicos”, nos últimos dez anos. Encontraram-se 89 referências; foram excluídas as mais antigas, quando as mais atuais respondiam os questionamentos e selecionaram-se 24, sendo incluídas as mais relevantes, que permitiram responder aos questionamentos, dando-se preferência às mais recentes,

quando mais de uma respondia a questão. Também foi incluída a última referência sobre GP da revista *Femina*.

## O que é a GP?

É unânime na literatura a definição de GP, que, segundo a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, a Organização Mundial de Saúde e a ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*), é a gestação com duração igual ou superior a 42 semanas completas ou com mais de 294 dias, contados a partir do primeiro dia do último período menstrual<sup>8,10,11</sup>(A).

## GP tem o mesmo significado de gravidez pós-data, gravidez pós-termo, pós-datismo e pós-maturo?

Há relatos em trabalhos de caráter científico com as expressões pós-termo, pós-datismo ou pós-maturo que são usadas, sem nenhum critério, para nomear gestações que excedem o limite de duração considerada normal, e a imprecisão em seu uso, associada às várias definições sobre o limite da normalidade, corrobora para essa confusão. Contudo, os termos pós-datismo ou pós-data devem ser abandonados, pois o problema real, em algumas gestações prolongadas, é definir exatamente qual é a pós-data. Importante lembrar que o uso indiscriminado desses termos pode falsear o aumento da prevalência de gestações patologicamente prolongadas<sup>4,12</sup>(B). O termo usado como descritor é “gravidez prolongada” em português, *embarazo prolongado* em espanhol e *pregnancy, prolonged* em inglês.

## É possível definir o tempo da gestação?

A ultrassonografia é um importante e eficiente método para se determinar a idade gestacional, e a precisão para essa determinação é maior quando o exame é efetuado na primeira metade da gestação, sendo de grande importância para calcular o comprimento crânio-nádegas do concepto no primeiro trimestre da gestação<sup>13</sup>(A). O tempo cronológico não é o melhor parâmetro, pois mostra uma maturidade em tempo variável. O feto pode teoricamente estar maduro e, na realidade, está prematuro ou pós-termo. O tempo biológico evidenciará, no caso de uma gestação biologicamente prolongada, sinais de pós-maturidade com alterações fisiológicas<sup>14</sup>(B).

Por tudo isso é que o início precoce do pré-natal é de fundamental importância para se determinar, com certeza, a idade gestacional; durante a anamnese, deve-se obter o maior número de informações para se estimar a idade gestacional. Alguns dados podem falsear

a idade gestacional, como: irregularidades menstruais, uso de anticoncepcional hormonal, lactação, etc. O útero gravídico deixa a cavidade pélvica ao redor de 10-12 semanas e alcança a cicatriz umbilical por volta de 20 semanas. A ausculta dos batimentos cardíacos fetais pode ser um indicador do tempo de gestação, pois a ausculta com o sonar Doppler a partir de 12 semanas ou com o estetoscópio de Pinard a partir de 20 semanas é um indicador seguro da idade da gestação até aquela data<sup>15,16</sup>(B).

## Qual a incidência da GP?

A incidência varia com o critério utilizado. A GP ocorre em cerca de 10% das gestações, caso a duração da gestação tenha sido contada a partir da data da última menstruação (DUM). Se for datada pela ultrassonografia (USG), essa incidência pode cair para 1 a 2 %, principalmente se a USG for de primeiro trimestre<sup>1,12,17</sup>(A). O que se tem relatado na literatura é uma incidência que varia de 3 a 14% das gestações<sup>1,2,6,8,13</sup>(A). Cerca de 18% das gravidezes nos Estados Unidos ultrapassam 41 semanas e 7% se estendem além de 42 semanas<sup>11</sup>(A).

## A idade materna influencia na ocorrência de uma GP?

Existem controvérsias a respeito do papel da idade materna como fator de risco para maus resultados perinatais. Para as adolescentes, esses riscos incluem características socioeconômicas desfavoráveis, enquanto fatores biológicos relacionados à idade têm sido associados ao aumento do risco para as mulheres com mais de 35 anos. Entre as adolescentes o risco é maior quanto menor é a idade e nas mais mulheres velhas ocorre o inverso<sup>18</sup>(B). A gravidez na idade avançada também se associa a complicações fetais, como anomalias cromossômicas, sofrimento fetal, internação em Unidade de Terapia Intensiva e óbito neonatal, baixo peso ao nascer e restrição do crescimento fetal, além de taxas de inexplicável perda fetal tardia, mais pronunciadas entre mulheres com 35 anos ou mais<sup>2</sup>(A). No entanto, outros estudos não apontam diferenças significativas nos resultados perinatais, peso ao nascer e idade gestacional<sup>19</sup>(A). A idade materna, *de per se*, está imputada ao fator de risco para óbitos fetais sem causa determinada, independente da idade da gestação<sup>18</sup>(B).

## Qual a etiologia, o que causa a GP?

Na maioria dos casos, a etiologia fica desconhecida. A GP envolve alguns fatores, como redução no processo de distensão progressiva do útero, excessiva atividade endócrina placentária,

causas extrínsecas do miométrio, fatores iatrogênicos, função endócrina fetal, deficiência de substâncias endógenas estimuladoras da contratilidade uterina e fator cervical<sup>20</sup>(B). Dentre os fatores mais conhecidos associados à GP estão a anencefalia, a primiparidade, as anomalias fetais, a hipoplasia suprarrenal e a deficiência de sulfatase placentária. Foram indicadas, também, outras causas da GP, entre elas, a não modificação do colo uterino em decorrência da produção em excesso de progesterona (o que pode implicar a inibição das enzimas lisossomais, provavelmente impedindo a liberação de prostaglandinas e ácido araquidônico, importantes no amadurecimento do colo uterino), a idade da mãe (jovem demais ou em idade avançada), a multiparidade e a gestação múltipla, além da duração longa do ciclo menstrual, varias afecções (lúpus, diabetes, obesidade, epilepsia, alcoolismo) e outros distúrbios neurovegetativos<sup>14</sup>(B).

## Como se diagnostica a GP?

Diversos trabalhos e diretrizes apontam para uma anamnese cuidadosa, na qual se verifica se existe algum dos seguintes dados: primiparidade, idade (grávida muito jovem ou em idade mais avançada), antecedentes ginecológicos de puberdade tardia, alterações menstruais, hipoplasia uterina, longos períodos de infertilidade e/ou estória obstétrica de pós-maturidade com morte do concepto. É fundamental esclarecer a idade gestacional; dos quatro critérios seguintes, se existirem três, a paciente não pode ser considerada com GP:

- 1- menos de 36 semanas desde o primeiro teste de gravidez positivo;
- 2- menos de 32 semanas desde quando o exame Doppler registrou os batimentos cardíacos fetais;
- 3- menos de 24 semanas desde quando, pela primeira vez, perceberam-se os movimentos fetais;
- 4- menos de 22 semanas desde quando a auscultação registrou os batimentos fetais<sup>1,2,5,8,9,11</sup>(A).

Há unanimidade de que a USG é o exame mais útil para se datar a idade gestacional:

- 1º trimestre (de 14 a 16 semanas): variação de  $\pm$  1 semana. Nesta idade, usa-se a mensuração do comprimento cabeçanádega (CCN);
- 2º trimestre: variação de  $\pm$  2 semanas;
- 3º trimestre: variação de  $\pm$  3 semanas.

Duas avaliações ultrassônicas do diâmetro fetal biparietal (ou outro), com intervalo de um mês, podem estabelecer a idade gestacional com acurácia de uma semana<sup>8,13</sup>(A).

## A GP é previsível? Existem métodos que permitem determinar a idade da gestação e com isso evitar uma gravidez prolongada?

A literatura<sup>13,14,17(A)</sup> mostra que a USG pré-natal de rotina, antes da gestação de 24 semanas, prevê uma melhor avaliação da idade gestacional e a detecção precoce de gestações múltiplas e de malformações fetais. Esse exame deve ser oferecido no primeiro trimestre, preferencialmente entre 11 e 14 semanas, a todas as mulheres, pois faz uma avaliação mais precisa da idade gestacional. Quando há uma diferença superior a cinco dias entre a idade gestacional pela data da última menstruação e a data da USG no primeiro trimestre, a data estimada do parto deverá ser ajustada conforme a USG no primeiro trimestre<sup>17(A)</sup>.

Se houver uma diferença superior a dez dias entre a idade gestacional pela data da última menstruação e a data da USG no segundo trimestre, a data estimada do parto deverá ser ajustada conforme a USG no segundo trimestre. Caso haja um exame de primeiro trimestre, a idade gestacional deve ser determinada por este<sup>13(A)</sup>.

A GP não é totalmente previsível, porém existem alguns casos em que há uma grande suspeita, por exemplo, na anencefalia e na deficiência de sulfatase placentária, se já existe antecedente de GP e em condição socioeconômica menos abastada<sup>3,14(B)</sup>.

## Existem métodos que permitem saber se a gestação está prolongada ou não?

Segundo Gonzalez et al., deve-se buscar a detecção da fibronectina fetal em secreções vaginais a partir das 40 semanas de gestação para determinar se essas pacientes exigirão tratamento expectante, pois mais de 90% dos casos com fibronectina positiva resultam em trabalho de parto espontâneo nos 7 dias seguintes. Quando o resultado da fibronectina der negativo, recomenda-se a resolução, pois mais de 80% das pacientes não entram em trabalho de parto espontâneo depois de 7 dias e as baixas concentrações podem indicar uma gravidez pós-termo<sup>20(B)</sup>.

## O que a GP pode acarretar para a mãe?

Na gravidez prolongada, há um maior número de partos com distocia, rotura cervical, desproporção cefalopélvica, macrossomia, hemorragia pós-parto, infecção puerperal, dano perineal grave e o dobro de risco de cesárea e morte fetal durante o trabalho de parto. Este último pode levar a endometrite, hemorragia e enfermidades tromboembólicas. Além disso, existe um im-

portante aumento do estresse emocional, como a ansiedade e a frustração<sup>5,17(A)</sup>.

## O que a GP pode acarretar para o feto?

Dados de grandes registros mostram que o risco de morte perinatal, especialmente de natimortalidade pré-parto, aumenta com o avançar da idade gestacional. Se o risco é calculado com base no número de casos de gravidez em curso, a idade gestacional de alto risco fetal específico atinge um ponto mais baixo em 37-38 semanas e depois começa a aumentar lentamente; depois de 41 semanas, os riscos aumentam substancialmente; no entanto, o risco absoluto ainda é baixo: 1 a 2 mortes por 1.000 gravidezes em curso, entre 41 e 43 semanas<sup>5,19,21(A)</sup>.

Dados de vários estudos de grande porte no Reino Unido mostram que, quando calculadas como mortes por 1.000 gestações em curso, as taxas de natimortos *ante partum* começam a aumentar depois de 40 semanas, com estimativas de 0,86-1,08/1.000, entre 40 e 41 semanas, 1,2-127/1.000, entre 41 e 42 semanas, 1,3-1,9/1.000, entre 42 e 43 semanas, e 1,58-6,3/1000 após 43 semanas<sup>8,21(A)</sup>. Um estudo nacional relata que o problema de óbitos fetais inexplicáveis cresce com o aumento da idade gestacional, encontrando-se o dobro de óbitos, quando comparados antes e após 40 semanas de gestação<sup>22(B)</sup>.

Portanto, o maior problema da GP é o grande risco vital para o feto, particularmente no começo do trabalho de parto, no período expulsivo e nos primeiros dias de vida extrauterina. A causa fundamental desses riscos é a anóxia, que, para a maioria dos autores, está ligada à senescência placentária, processo fisiológico que se acentua com o tempo e que, uma vez presente, requer cuidados perinatais especiais<sup>23(B)</sup>. Vários riscos fetais podem ser enumerados, porém os mais relevantes são: crescimento fetal e placentário inadequado após 41 semanas, alterações degenerativas placentárias crescentes, incidência progressiva de líquido meconial, volume reduzido de líquido amniótico, oxigenação e nutrição fetal deficientes, unidade fetoplacentária gradualmente lesada, índices aumentados de sofrimento fetal, asfixia intrauterina, aspiração de mecônio (a mais temida complicação), fratura óssea, paralisia nervosa periférica, pneumonia, septicemia e mortes perinatais<sup>5,19,23(A)</sup>.

## Quais as características clínicas de um recém-nascido produto de uma GP?

O feto pode, às vezes, ter peso excessivo e comprimento de 54-55 cm, o que apresenta maior risco para distocias. O cabelo

costuma ser abundante, o lanugo já está ausente e as unhas das mãos e dos pés são maiores que o normal, ultrapassando os dedos. A camada protetora do vernix caseoso é perdida e o líquido amniótico impregna a pele, dando aspecto de tegumento úmido. Outras vezes, os fetos são pequenos, magros (hipotróficos, dismaturados, pós-maturos), o tecido adiposo está diminuído e a pele descama. Portanto, são características clínicas sugestivas de pós-maturidade: a diminuição ou ausência de vernix caseoso, pele seca, rachada, frouxa e enrugada, com maceração pigmentar com pregueamento fino e descamação em pequenas lâminas, mais evidenciadas no pescoço, pregas inguinais, grandes lábios e bolsa escrotal; unhas longas, cabelos abundantes, corpo magro e longo, olhos abertos com aspecto de alerta e fâscies de “velho e preocupado”, acrescidas de mais fatores de agravamento, como presença de mecônio e sofrimento fetal, evoluindo com mortalidade perinatal<sup>5,23</sup>(A).

Quanto mais prolongada for a gestação, mais características serão encontradas no recém-nascido, que se apresenta no estágio I com: vernix caseoso e lanugem ausentes ou escassos; borda livre das unhas ultrapassando a polpa digital; cabelos muito longos, expressão fisionômica de “envelhecimento” e de “preocupação” e os olhos bem abertos (olhar vígil); a magreza atesta a desnutrição intra-uterina. No estágio II, as alterações são mais pronunciadas que no anterior. A descamação da pele se faz em grandes placas e estende-se por todo o corpo, alcançando as faces plantar e palmar (“mão de lavadeira”), só respeitando a face. Pregueamento da pele nítido, evidenciando desidratação. No estágio III, há eliminação de mecônio que impregna a pele, unhas, funículos, membranas ovulares, traduzindo sofrimento fetal crônico. No estágio IV, os recém-nascidos exibem tegumento de cor amarelo-brilhante, decorrente da transformação do mecônio. É o grau mais avançado<sup>5,23</sup>(A).

## Quais condutas devem ser adotadas na vigência de uma GP?

Diversos trabalhos sugerem que a indução eletiva do parto em 41 semanas de gestação não aumenta a morbiletalidade fetal e encontraram-se mais líquidos amnióticos sem mecônio quando houve indução do parto do que quando se aguardou a evolução espontânea do trabalho de parto<sup>5,7,11,17</sup>(A). Contudo, há preocupações sobre o significado desses achados na prática clínica. Por isso, sugerem-se estudos futuros para avaliar se a indução eletiva do parto traz benefícios diante dos cuidados obstétricos adotados<sup>23-25</sup>(A).

## A indução do trabalho de parto nas gestações de 41 semanas evita a GP e minimiza os riscos que dela decorrem?

A conduta de indução do trabalho de parto após 41 semanas completas ou mais, em comparação com o trabalho de parto espontâneo, aguardando-se indefinidamente ou, pelo menos, uma semana (42 semanas completas) em comparação com a espera espontânea, é associada com menos mortes perinatais e menos síndrome de aspiração de mecônio, sem um aumento do risco de cesariana<sup>1,5,7,11,17</sup>(A). No entanto, o risco absoluto de morte intrauterina é extremamente pequeno, sendo verificada 1 morte para cada 3.000 gestações na 37ª semana, 1 morte para cada 1.000 gestações na 41ª semana e 3 ou mais para cada 1.000 gestações acima da 42ª semana. Por isso, as mulheres devem ser devidamente aconselhadas sobre os riscos relativos e absolutos da indução do trabalho de parto<sup>5,23-25</sup>(A).

## Quais são as evidências que descrevem os riscos maternos da indução eletiva versus a conduta expectante?

Em mulheres com 41 semanas de gestação ou mais, a conduta expectante do trabalho de parto foi associada com uma chance aproximada de 22% mais elevada de cesariana do que no trabalho de parto induzido (OR=1,22; 95%IC= 1,07-1,39); também, mulheres que aguardaram o trabalho de parto espontâneo foram mais propensas a ter mecônio no líquido amniótico do que aquelas que foram induzidas eletivamente (OR=2,04; 95%IC=1,34-3,09)<sup>2,5,8,17,25</sup>(A). No geral, a conduta expectante da gravidez foi associada com uma maior chance de parto cesariano do que a indução eletiva do trabalho de parto (OR=1,22; 95%IC=1,07-1,39)<sup>2,5,8,17</sup>(A).

## Quais são as evidências que descrevem os riscos para o feto/neonato da indução eletiva versus a conduta expectante?

Trabalhos de metanálise mostram que as mulheres que foram induzidas eletivamente tiveram melhores resultados globais, tanto para as mães como para os recém-nascidos, com redução específica dos resultados perinatais, como fetos com macrossomia e com distocia de ombro, além da redução das taxas da síndrome de aspiração de mecônio (RR=0,43; 95%IC=0,23-0,79). Contudo, a indução eletiva do parto não foi associada com menor risco de

mortalidade perinatal, em comparação com conduta expectante (RR=0,33; 95%IC=0,1-1,09)<sup>2,5,8,11,23-25</sup>(A).

## Qual é a evidência de que certas condições físicas são características preditivas de uma indução bem-sucedida do trabalho de parto?

A maioria dos trabalhos aponta evidências de que o sucesso da indução do trabalho de parto culminando para o parto normal está relacionado com o aumento da paridade, colo do útero favorável, avaliado por um escore de Bishop maior que 7 e idade gestacional inferior a 42 semanas; fora dessas condições, a resolução por cesariana deve ser discutida com a paciente<sup>2,5,8,17</sup>(A).

## Gravidez prolongada é indicação de cesariana para resolução da gestação? A cesariana é condição essencial para a resolução de uma GP?

Os trabalhos de revisão e metanálise apontam para duas estratégias de atenção possíveis na gestação acima de 41 semanas: na primeira, a gestação perdura até 42 semanas, ou mais, com vigilância fetal e indução, principalmente quando as condições cervicais são adequadas ou quando não há prejuízo para o feto. Já na segunda, há indução antes das 42 semanas de gestação<sup>1,2,5</sup>(A). Dentro dessas possibilidades, a cesariana é reservada sempre para quando o colo não se encontra favorável ou em situações que colocam o feto em risco, como no caso da macrossomia fetal<sup>2,17</sup>(A).

## O que fazer quando uma gestante deseja aguardar pelo parto normal e não deseja indução do trabalho de parto?

Os trabalhos de revisão e as diretrizes recomendam uma vigilância intensiva pré-natal, que envolve um teste *nonstress* e avaliação do volume de líquido amniótico como uma alternativa eficiente, quando as condições do trabalho de parto são desfavoráveis, entre 41 e 42 semanas de gestação, sempre com o consentimento pós-informado assinado pela paciente. Este documento deixa-a ciente de que, em gestações prolongadas, não está provado que a vigilância fetal é eficaz na prevenção de perda fetal, nem foi demonstrado que fazê-la evita perdas fetais<sup>1,5,13</sup>(A).

## Quais recomendações para o manejo da GP são encontradas na literatura e qual o grau de evidência científica?

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 2006, recomenda uma política rotineira de indução do trabalho para gestantes com 41 semanas completas, pois, baseando-se em evidências da literatura, entende que esta intervenção contribui para diminuir a necessidade de uma monitorização adicional das mulheres e reduz o tempo de hospitalização, em especial naqueles locais onde as mulheres precisam ser hospitalizadas no início do trabalho de parto para evitar a situação em que são incapazes de chegar ao hospital em uma emergência. Uma consideração importante é a necessidade de determinação da idade gestacional exata para implantar esta política; ainda assim, a OMS recomenda ensaios clínicos randomizados consistentes, principalmente com referência à necessidade de monitorização fetal<sup>21</sup>(A).

O serviço de saúde da Austrália<sup>1</sup>(A), em torno de 40 a 41 semanas completas de gravidez, adota o seguinte procedimento:

1. fornece à gestante um folheto sobre GP e adiciona-se a este documento, no prontuário da paciente, um consentimento pós-informado. A prestação de informações escritas adequadas à mulher deve ser totalmente documentada no prontuário médico da paciente. Discutem-se suas expectativas e estabelecem-se suas opções de tratamento preferencial;
2. Neste consentimento, oferece-lhe um exame do colo do útero, que pode se revelar: a) favorável, maduro (escore de Bishop  $\geq 7$ ) (oferecem-lhe a escolha por descolamento digital de membranas ou indução do trabalho de parto, em um prazo mutuamente acordado ou aumento da vigilância fetal); b) desfavorável, imaturo (escore de Bishop  $\leq 7$ ) (oferecem-lhe a escolha por indução de trabalho de parto utilizando uma sonda de Foley ou prostaglandina E2 ou aumento vigilância fetal). Caso a paciente não queira realizar o exame do colo do útero, lhe é proposto um plano conservador da gestação, com aumento da vigilância fetal anteparto após 41 semanas e 3 dias, na seguinte condição:
  - exame de USG semanal para medir índice de líquido amniótico (ILA);
  - exame obstétrico com cardiotocografia duas vezes por semana;
  - deve haver contínuo monitoramento eletrônico fetal cardíaco; intraparto, quando a gestação é de mais de 41 semanas mais 3 dias<sup>1</sup>(A);

A gestante assina o consentimento pós-informado, que a deixa ciente de que, em gestações prolongadas, não está provado que a vigilância fetal é eficaz na prevenção de perda fetal, nem foi demonstrado que fazê-la evita perdas fetais.

O *guideline* da ACOG<sup>11</sup>(A), elaborado em 1997, reavaliado em 2004 e reconfirmado em 2009, tem como principais recomendações, com boa e consistente evidência científica (grau A):

- 1- paciente com GP que tenha colo desfavorável pode sofrer indução do parto ou aguardar a evolução espontânea do trabalho de parto;
- 2- prostaglandina pode ser utilizada em GP para promover o amadurecimento cervical e indução do trabalho;
- 3- o parto deve ser resolvido se houver indícios de comprometimento fetal ou oligoidrânio.

Com recomendações baseadas principalmente em consensos e opiniões de peritos (grau C):

- 1- há evidência de que a morbidade e a mortalidade perinatal aumentam com o avançar da idade gestacional; por isso, é razoável iniciar a vigilância pré-natal da GP entre 41 semanas (287 dias) a 42 semanas (294 dias) de gestação, apesar da falta de evidência de que a monitorização melhora os resultados perinatais;
- 2- a partir da 41 semana da gestação, deve ser feito um teste *nonstress* e uma avaliação do perfil biofísico fetal pelo menos uma vez por semana;
- 3- muitos profissionais recomendam uma pronta resolução da GP com um colo favorável e sem outras complicações.

Um estudo<sup>6</sup>(A) recomenda – baseado em outros dois artigos de evidência de grau A – a indução do parto para reduzir as taxas de cesariana, em detrimento da conduta expectante em mulheres com GP; baseado em outros dois artigos de evidência de grau B, recomenda a indução do parto para reduzir as taxas de mortalidade perinatal em gestação de 41 semanas; baseado em outros cinco artigos de evidência de grau C, recomenda, quando a conduta expectante for escolhida, a monitorização do feto com o dobro de testes *nonstress* semanal e controle do índice de líquido amniótico, ou perfil biofísico, relatando que faltam evidências do benefício desta conduta; baseado em 1 artigo de evidência de grau C, recomenda, caso haja oligoidrânio na GP, resolução imediata do parto.

Outros estudos mostram uma diminuição da mortalidade perinatal na indução (que não é significativa) e a necessidade de se induzir 500 pacientes para evitar uma morte perinatal, não existindo diferenças nos demais resultados maternos ou perinatais entre ambos os grupos. Além disso, a análise conclui que existe

evidência de que a vigilância do bem-estar fetal antes do parto reduz a morbidade; muitos estudos não se referem aos resultados das complicações maternas no trabalho de parto e não relatam que os melhores agentes para indução têm efeitos adversos de hiperestimulação uterina, provocando alterações na frequência cardíaca fetal. Também o ACOG, em seus guias nacionais de trabalho do ano de 2002, referente à GP, diz que, no momento atual, não existe informação suficiente para se determinar como obter melhores resultados entre uma conduta expectante ou indução com o colo favorável<sup>11</sup>(A).

## Considerações finais

As diretrizes, os trabalhos de metanálise e as revisões de literatura sobre GP não esgotaram o assunto dessa situação clínica obstétrica. Sugerem que mais estudos randomizados devam ser feitos, sobretudo para investigar o custo-benefício da indução do trabalho de parto em relação à indicação eletiva de cesariana em GP com colo desfavorável e/ou em relação aos custos dos exames anteparto para vigilância fetal, além da indução eletiva do trabalho de parto quando a gestação atingiu 41 semanas. Há também a necessidade de se avaliar as experiências das mulheres e suas opiniões sobre estas escolhas: indução eletiva, cesariana eletiva ou espera espontânea da evolução do trabalho de parto, o que não foi adequadamente avaliado<sup>1,5-7,17</sup>(A). Contudo, verificou-se que não houve morbiletalidade aumentada quando se adotou uma política de condução ativa do trabalho de parto, em detrimento da espera espontânea do mesmo<sup>25</sup>(A), o que nos faz concluir que, no manejo da GP, a decisão da paciente é o que mais importa.

Portanto, cabe ao obstetra ouvir e orientar a paciente adequadamente, respeitando a escolha livre e consentida da mesma, além de adotar, em comum acordo, a melhor conduta, pois a GP é um evento que pode causar transtorno ao profissional, à gestante e ao feto, e que, na maioria das vezes, pode ser evitado. A mídia tem noticiado a ocorrência de casos de morte intrauterina, a que se imputa como causa “ter passado da hora”; em todas as situações, tenta-se responsabilizar o médico atendente pela não internação e/ou resolução do parto. Os meios de comunicação informam haver sindicância nas maternidades e abertura de processo judicial para apurar responsabilidades. Com certeza, os envolvidos em tais procedimentos terão grandes aborrecimentos; por isso, é necessário um espírito crítico para julgar os benefícios que a GP trará ao feto e à gestante, tendo-se em mente que o melhor a ser feito é preservar com dignidade o bem-estar de ambos. Este trabalho pretendeu coletar dados da literatura, suficientemente claros e concretos, para

oferecer diretrizes com embasamento, baseado em evidências, para o melhor atendimento às gestantes com GP. Além disso, buscou esclarecer e ajudar os colegas que, por ventura, forem surpreendidos por tal evento com desfecho adverso e, quiçá,

chamar a atenção dos médicos mais jovens para atentarem a tal condição, a fim de que possam, se possível, evitar que uma GP termine em condição desfavorável para os envolvidos: a mãe, o feto e o obstetra.

## Leituras suplementares

1. Australia. Management of Prolonged Pregnancy. Obstetrics and Gynaecology. Clinical Care Unit. King Edward Memorial Hospital Perth Western Australia. [Http://wnhs.health.wa.gov.au](http://wnhs.health.wa.gov.au) Date Revised: April 2007. Available from <http://www.nice.org.uk/pdf/inductionoflabourinfoforwomen.pdf>.
2. Maternal Fetal Medicine Committee, Delaney M, Roggensack A, Leduc DC, Biringir A, Delaney M, Dontigny L, Gleason TP, Shek-Yn Lee L, Martel MJ, Morin V, Polsky JN, Rowntree C, Shepherd DJ, Wilson K. Guidelines for the management of pregnancy at 41±0 to 42±0 weeks. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(9):80-230.
3. Sá RAM, Lopes LM, Chaves Netto H. Conduta na Gestação Pós-Termo. *Femina.* 2000;8(28):451-5.
4. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Haws RA, Yakoob MY, Lawn JE. Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths: improving service supply and community demand. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009;9 Suppl 1:S7.
5. Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, Cheng YW, Gienger A, Little SE, et al. Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2009;(176):1-257.
6. Briscoe D, Nguyen H, Mencer M, Gautam N, Kalb, DB. Management of pregnancy beyond 40 weeks' gestation. *Review. Am Fam Physician.* 2005;71(10):1935-41.
7. Wennerholm UB, Hagberg H, Brorsson B, Bergh C. Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(1):6-17.
8. Myers ER, Blumrick R, Christian AL, Myers ER, Blumrick R, Christian AL, et al. Management of prolonged pregnancy. Evidence Report/Technology Assessment Number 53. [Internet]. Rockville. Agency for Healthcare Research and Quality. 2002. [cited 2010 fev. 10]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hserta&part=A80788>
9. Beucher G, Dreyfus M. Management of postterm pregnancies. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008;37(2):107-17.
10. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: tenth revision. Geneva: World Health Organization; 2006.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Content of a Complete Routine Second Trimester Obstetrical Ultrasound examination and Report [Internet]. Washington: Management of postterm pregnancy. 2004 [updated 2009]. Available from: [www.sogc.org/guidelines/documents/gui223CPG0903.pdf](http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui223CPG0903.pdf)
12. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, Ozdas E, Dilbaz B, Ozdas E, et al. Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005;120(2):164-9.
13. Neilson JP. WITHDRAWN. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;4:CD000182.
14. A Gestação Prolongada. [cited 2010 fev. 10]. Available from: <http://www.misodor.com/GEPROL.html>
15. Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal - parte 2. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009;31(7):367-74.
16. Nomura RMY, Miyadahira S, Francisco R.P.V, Okatani D, Zugaib M. Avaliação da maturidade fetal em gestações de alto risco: análise dos resultados de acordo com a idade gestacional. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2001;47(4):346-51.
17. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2006;(4):CD004945.
18. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2009;31(7):326-34.
19. Gutierrez AC, Gonzales TTC, Casal MEB, Echevarria PB. Resultados perinatais de la conducta expectante en el manejo del embarazo prolongado. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].* 2008 [cited 2010 Feb. 25]; 34(1). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=50138-600X2008000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50138-600X2008000100001&lng=es)
20. González MG, Ledesma RR, Castañeda MG, Romero MF, Godoy AC, García BP. Utilidad de la determinación de la fibronectina fetal en embarazos de 40 semanas o más para pronosticar el inicio de trabajo de parto. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77(2):89-95.
21. Cuervo LG. Inducción del trabajo de parto para mejorar los resultados de nacimiento en mujeres a término o después del término. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2006 [cited 2006 Dec. 28]; (4):CD004945. Available from: [http://apps.who.int/whl/pregnancy\\_childbirth/complications/prolonged\\_pregnancy/lgccom/es/](http://apps.who.int/whl/pregnancy_childbirth/complications/prolonged_pregnancy/lgccom/es/)
22. Andrade LG, Amorim MMR, Cunha ASC, Leire SRF, Vital AS. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-control. *Rev. bras. ginecol obstet.* 2009;31(6):285-92.
23. Vercoustre L, Nizard J. [Perinatal risk at term and post-term revisited]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2007;36(7):663-70.
24. Kearns K. Induction of labor at or beyond term. *Review. Am Fam Physician.* 2008;178(5):581
25. Houfflin-Debarge V, Closset E, Deruelle P. [Labor monitoring in high-risk situations]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2008;37 Suppl 1:S81-92.