



**TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE GESTÃO EM
SAÚDE PELA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO
AROUCA (EAD/FIOCRUZ) PARA A MARINHA DO BRASIL**

ALUNA: CC(MD) JACKELINE DA SILVA VELOSO PEREIRA

ORIENTADORA: HELENA MARIA SEIDL FONSECA

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO NASCER MADURO REFERÊNCIA
EM INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL DO ESTADO DO
AMAZONAS**

Manaus

2020

PROTOCOLO NASCER MADURO.

**DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL DO
ESTADO DO AMAZONAS**

(CID-10: N88.3)

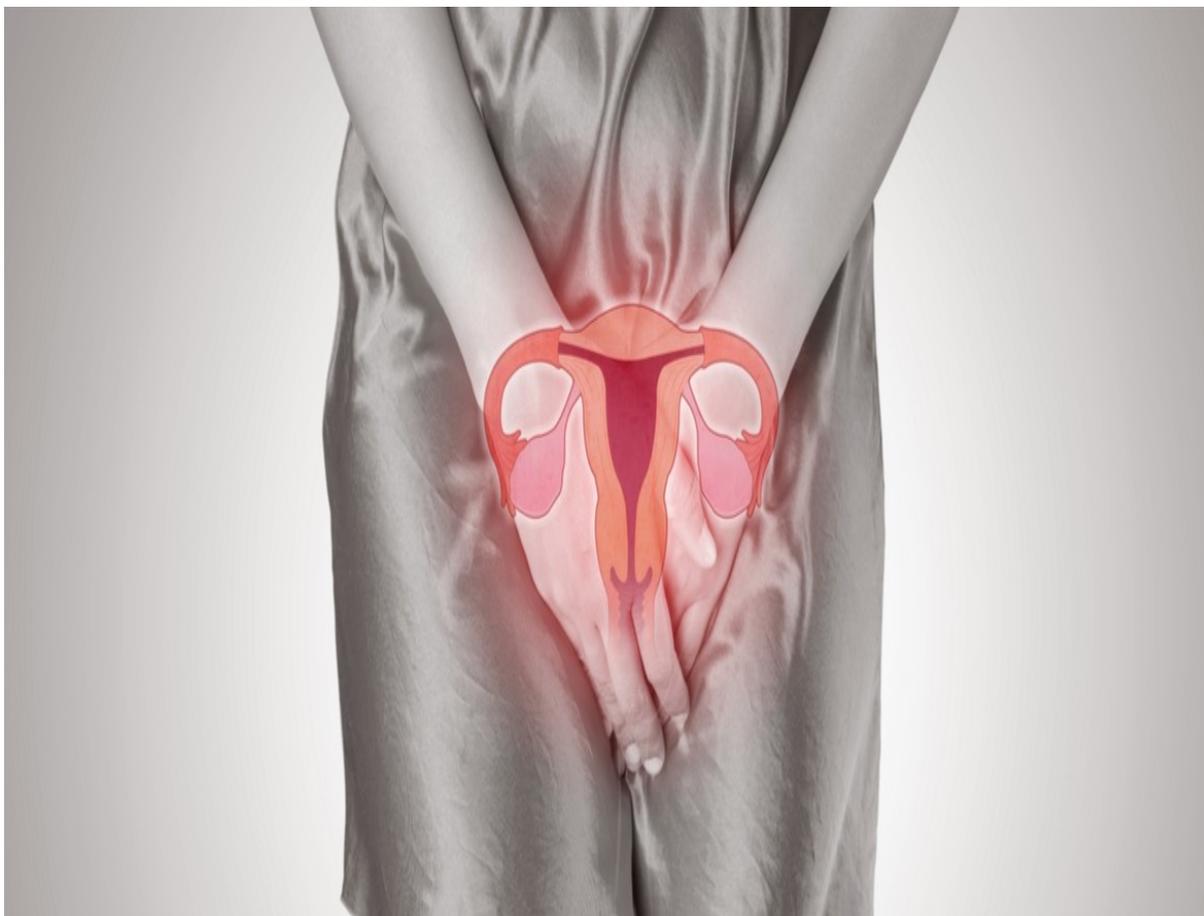


FIGURA 1- RETIRADA DO SITE DA FEBRASGO.

CC(MD) JACKELINE DA SILVA VELOSO PEREIRA

CRM-AM 5905

MANAUS 2020

Jackeline da Silva Veloso Pereira

**IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO NASCER MADURO REFERÊNCIA
EM INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL DO ESTADO DO
AMAZONAS**

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Nome, Instituição

Nome, Instituição

Nome, Instituição

AGRADECIMENTOS.

Quero agradecer primeiramente a Deus por tudo que me proporcionou nesses 43 anos de vida, sempre me colocando no momentos certos com as pessoas certas.

Aos meus pais JAFET ALVES DA SILVA e minha mãe MARIA D'AJUDA SANTOS DA SILVA, sempre foram exemplos de honestidade e trabalho. Me ensinaram desde cedo a importância do estudo e da perseverança. Minha mãe como fonte de exemplo retornou à quinta série aos 55 anos de idade realizando seu sonho de concluir o ensino médio e em seguida o curso de técnica de enfermagem.

Ao meu marido EDIVALDO VELOSO PEREIRA pela parceria e muitos momentos de ausência sendo uma “pãe” para nossos filhos. Obrigada por esses vinte anos de convivência, com alguns momentos difíceis, mas com muito mais momentos maravilhosos que me fazem ter a certeza de que fiz a melhor escolha para minha vida.

Aos meus filhos THIAGO DA SILVA VELOSO PEREIRA E VINICIUS DA SILVA VELOSO PEREIRA, que me proporcionam a sensação de ser mãe e viver o amor incondicional. Que Deus me dê sabedoria para os sins e os não nos momentos certos. Que sejam homens dignos, honestos e felizes.

A minha orientadora HELENA MARIA SEIDL FONSECA pela paciência e maestria como me orientou ao longo da elaboração de todo o projeto.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos familiares e amigos que de forma direta ou indireta contribuíram para meu sucesso, sempre despertando em mim o meu melhor, acreditando e depositando forças que inúmeras vezes nem eu mesma percebia.

RESUMO

A assistência durante o pré-natal, parto e pós parto sofreu avanços importantes nos últimos anos. Acompanhamos a melhoria na cobertura assistencial, implantação do parto humanizado, conscientização e orientação quanto a violência obstétrica, permitindo as gestantes e seus familiares participarem ativamente de todo o processo da gestação, parto e puerpério. Houve uma melhora importante, mas muito se tem a avançar pois a cobertura ainda está longe de ser a ideal, sendo insuficiente em muitos aspectos. Muitas gestantes findam a gravidez sem conseguir atingir o mínimo de consultas recomendadas e sem realizar testes de rastreio importantes durante a gestação devido a inoperância do sistema. A falta de acesso ao tratamento da Incompetência Istmo-Cervical também é um problema muito frequente enfrentado pelas usuárias do SUS em Manaus. Acabam não conseguindo realizar o procedimento no momento oportuno, evoluindo para abortos tardios, muitas vezes impactantes pois eliminam seus fetos vivos e morfológicamente perfeitos, que morrem logo após o nascimento devido a prematuridade extrema. As “felizardas” que conseguem atingir a 26ª semana, ou um pouco mais, também passam por transtornos que vão desde internações prolongadas em UTIs neonatais até as consequências do nascimento prematuro, que ocasiona acompanhamento de longo prazo por uma equipe multidisciplinar (fisioterapia, fonoaudiologia, pneumologista, neurologista, endocrinologia, entre outros especialistas) extremamente desgastantes para a criança e seus familiares. O trabalho tenta provar que a implantação de um Protocolo de referência no SUS Manaus com atendimento voltado para o diagnóstico e tratamento da patologia será uma porta de entrada as usuárias que terão o direito de realizarem a cerclagem profilática no momento adequado. Contará com o apoio dos preceptores e residentes da Maternidade Ana Braga que ficarão responsáveis pela realização do procedimento e pelo preenchimento do anexo (Consentimento Informado) e apêndice (Prontuário Específico do Protocolo Nascer Maduro) do Projeto de Intervenção. O impacto social e financeiro desse projeto para o SUS Manaus será de extrema importância pois evitaremos inúmeras internações nas UTIs neonatais e, conseqüentemente, uso crônico do sistema com equipe multidisciplinar. Vamos demonstrar que com um Protocolo organizado de baixa complexidade e baixo custo inserido na estrutura já montada da Maternidade Pública será fonte de economia para os Gestores, aprendizado para os residentes, acolhedor para as usuárias e pesquisa para a ciência.

Palavras-chave: Incompetência Istmo-Cervical. Cerclagem. Protocolo. SUS Manaus.

LISTA DE SIGLAS

ENSP- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

FIOCRUZ- FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ

MB- MARINHA DO BRASIL

CFO- CURSO DE FORMAÇÃO DE OFICIAIS

CIAW- CENTRO DE INSTRUÇÃO ALMIRANTE WANDECOCK

9º DN- NONO DISTRITO NAVAL

CC(MD)- CAPITÃO DE CORVETA MÉDICA

SSM- SERVIÇO DE SAÚDE DA MARINHA

UNIRIO- UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

UEA- UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

CBHPM- CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS

SUS- SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE

ICC- INCOMPETÊNCIA ISTMO CERVICAL

UTI-UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

CID- CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇA

UBS- UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

USG- ULTRASONOGRAFIA

RPMO- ROTURA PREMATURA DAS MENBRANAS AMNIÓTICAS

RNM- RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA

TPP- TRABALHO DE PARTO PREMATURO

SUMÁRIO

1-INDRODUÇÃO	8
1.1-OBJETIVO.....	10
1.1.1-Objetivo Geral.....	10
1.1.2- Objetivos Específicos.....	10
1.3-JUSTIFICATIVA.....	11
2-REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1-CONCEITO DE ABORTAMENTO.....	11
2.2-CONCEITO DE PARTO PREMATURO.....	12
2.3-CONCEITO DE INCOMPETÊNCIA ISTMO CERVICAL E SUAS CAUSAS.....	12
2.4-SINAIS E SINTOMAS DA INCOMPETÊNCIA ISTMO CERVICAL.....	13
2.5-DIAGNÓSTICO DA INCOMPETÊNCIA ISTMO CERVICAL.....	13
2.6-TRATAMENTO DA INCOMPETÊNCIA ISTMO CERVICAL.....	14
2.7- TÉCNICAS DE CERCLAGEM	15
2.8-CONDIÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA CERCLAGEM PROFILÁTICA.....	17
2.9-CONTRAINDICAÇÕES DA CERCLAGEM.....	17
2.10-CUIDADOS OPERATÓRIOS DA CERCLAGEM PROFILÁTICA.....	17

2.11-CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DA CERCLAGEM
PROFILÁTICA.....18

2.12-QUANDO RETIRAR OS PONTOS DA
CERCLAGEM.....18

3- PROTETO DE INTERVENÇÃO: PROTOCOLO NASCER MADURO.....18

3.1-DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA.....18

3.2-CAUSAS DO PROBLEMA.....18

3.3-PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES19

VIII

4-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....22

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS24

APÊNDICE.....25

1- PRONTUÁRIO MÉDICO DO PROTOCOLO NASCER MADURO.....
.....25

ANEXO.....27

1-CONSENTIMENTO INFORMADO DO PROTOCOLO NASCER MADURO.....
....27

1-INTRODUÇÃO

No dia 17 de janeiro de 2008 desembarquei no Aeroporto Internacional Eduardo Gomes em Manaus, imediatamente após concluir o Curso de Formação de Oficiais (CFO) da Marinha do Brasil no Centro de Instrução Almirante Wandecock (CIAW). A única voluntária dentre os quatro médicos designados para o Amazonas. Os outros três colegas que vieram por ordem (obrigados), com o passar dos primeiros meses já se entregaram aos encantos da Capital Amazonense e o que era inicialmente uma pressão da carreira militar, com muita rapidez se transformou em uma paixão pelo Estado e suas inúmeras qualidades.

Como já relatei, desde o momento da designação nunca foi pressão. Após doze anos de Rio de Janeiro, cidade maravilhosa que também acolheu os sonhos (quase devaneios) de uma sonhadora de 17 anos, filha de pescadores de uma pequena cidade no Sul da Bahia. Os sonhos foram chamados de devaneios porque contra uma realidade quase impossível para muitos, foram concretizados. Em março de 1995 cheguei no Rio de Janeiro com bagagem de escola pública (nunca frequentei uma escola particular, até meu material escolar eram custeados pelo Estado), fiz magistério pois na época era a única opção na cidade (Alcobaça-Ba). Filha de pais pobres que se equilibravam constantemente na corda bamba para sustentar 4 filhos. Concorri a um vestibular extremamente concorrido, disputando com pessoas com uma realidade muito diferente da minha. É evidente que não fui aprovada na minha primeira tentativa. No ano seguinte estava ainda com mais fome de saber. Tive que aprender conteúdos que nunca foram me apresentado na escola, parecia que o desafio me deixava ainda mais empolgada e comecei a devorar os livros e tudo de conteúdo para o vestibular que via pela frente. No final do ano, com uma soma de esforço e com certeza uma ponta de milagre fui aprovada em três universidades públicas. Devo toda minha graduação (UNIRIO) e residência médica (Fiocruz) aos Cariocas. Serei eternamente grata.

Ingressei na MB em 2007 e desde o início do curso de formação alimentava o desejo de ser designada para o 9º DN em Manaus. Como desafio nunca foi problema para mim, concluí o curso como 02 de uma turma de 54 médicos. Essa colocação sempre é cômoda pois sempre me favorece nas escolhas e privilégios e me coloca em situação de admiração e respeito entre meus superiores e subalternos. Costumo falar para meus filhos que precisamos fazer tudo com

muito capricho e dedicação desde as coisas mais simples até as mais complexas pois os frutos de tudo serão colhidos mais tarde.

Hoje já se passaram quase treze anos trabalhando no SUS e com algumas passagens por Instituições particulares aqui em Manaus. Mesmo com toda a problemática enfrentada pelo país, a capital amazonense possui maternidades com Serviço diferenciado. Uma realidade muito melhor do que a presenciada em alguns serviços por onde passei no Rio de Janeiro. Brinco com colegas e pacientes que eles reclamam de “barriga cheia”. Sei que posso contribuir mais um pouco para essa melhoria ajudando a criar um Protocolo de Referência em ICC com rotina de atendimento e realização da Cerclagem. Tenho consciência dos desafios que enfrentarei pelo caminho, mas isso nunca foi problema para mim. Costumo citar que quanto mais desafiador mais empolgante se torna. Utilizo os desafios e dificuldades como combustível para os meus sonhos, por isso tenho conseguido transformar alguns devaneios em realidade.

A Incompetência istmo-cervical (IIC) é um tema tão polêmico e pouco explorado que as discrepâncias acontecem até no momento de citar a incidência.

“A incidência da incompetência istmocervical é variável, 1:222 a 1:1000 partos, e as estimativas dependem da precisão diagnóstica (Harger,1980). Man (1959) pensa que cerca de 20% dos abortamentos de 2.º trimestre sejam a ela imputáveis, e Cousins(1980) calcula-lhe a frequência oscilando de 0,05 a 1% de todas as prenhez, conquanto para Bernaschek os números mantenham-se de 0,1 a 2% “. (apud REZENDE, 2008, Pág.754)

Apesar dos números, muitas vezes conflitantes, a patologia gera um impacto social e psicológico para as gestantes e seus familiares e financeiro para o Sistema de Saúde que a torna um problema de saúde pública que deve ser encarado com mais seriedade e compromisso por parte dos profissionais de saúde e Gestores.

Por ser uma causa tratável de aborto tardio e parto prematuro, a pouca importância dada pela maioria dos profissionais gera custos evitáveis em UTIs neonatais, onerando desnecessariamente o sistema público. Somado a tudo isso, nossa prática clínica mostra que a incidência de IIC entre as gestantes está subestimada e o valor citado na literatura é apenas a ponta do *iceberg*, pois a maioria dos casos não é diagnosticada/notificada e a escassez de trabalhos sobre o assunto (o tema é abordado no máximo em duas páginas na maioria dos livros de obstetrícia) também contribui para esses dados subestimados.

Após vários anos de experiência nos hospitais públicos, observamos que a situação das pacientes com IIC é encarada com baixa importância e em algumas situações com certo descaso. Peregrinam entre vários profissionais e serviços na busca do tratamento adequado, e muitas vezes não são atendidas nos seus apelos. Acabam evoluindo para abortos tardios e partos prematuros extremamente desgastantes pois não conseguem realizar a cerclagem profilática no momento oportuno. Presenciamos mulheres que já estavam na sua quinta perda quando chegaram para realizar o procedimento. A falta de acesso a um procedimento de baixa complexidade e baixo custo em pleno século XXI, onde a telemedicina e a medicina robótica roubam a cena, é uma discrepância inaceitável que fere o princípio da universalidade defendida pelo Sistema de Saúde.

O trabalho tenta provar que a implantação do protocolo de referência em IIC no SUS de Manaus, com rotina de atendimento, reconhecido pelos profissionais de saúde e apoiado pelos gestores irá dirimir os obstáculos enfrentados atualmente pelas nossas usuárias.

Será também uma fonte de aprendizado teórico e prático para os residentes em Ginecologia e Obstetrícia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) que são “preceptorados” e desenvolvem sua especialização na Maternidade Ana Braga.

O resultado do projeto só poderá ser avaliado nos próximos anos, quando a demanda de procedimentos for suficiente para compararmos a eficácia do projeto e o impacto do Protocolo Nascer Maduro para o Sistema de Saúde e para a sociedade amazonense. As dependentes do Sistema de Saúde da marinha (SSM) também colherão os frutos do projeto uma vez que a Maternidade Ana Braga é uma das principais referências para as usuárias do Sistema de Saúde em Manaus.

1.1-OBJETIVO

1.1.1- Objetivo Geral.

- Implantar o Protocolo Nascer Maduro referência no diagnóstico e tratamento da Incompetência Istmo Cervical no Estado do Amazonas.

1.1.2- Objetivos Específicos.

- Facilitar o acesso de todas as gestantes com Insuficiência do Colo Uterino ao diagnóstico e tratamento da patologia em sua integralidade.

- Capacitar os residentes de Ginecologia/Obstetrícia da Maternidade Ana Braga a identificar e tratar as pacientes com Incompetência Istmo-Cervical.
- Funcionar como fonte de dados epidemiológicos para balizar as Ações em Saúde e Estudos Científicos.

1.3-JUSTIFICATIVA

A falta de acolhimento adequado para as pacientes com Incompetência Istmo-Cervical sempre foi um incômodo nesses últimos 13 anos trabalhando nos Serviços de Saúde da capital amazonense. Existem histórias escalafobéticas de pacientes que já se encontravam na sua terceira, quarta e quinta tentativa de levar suas gestações a termo (ou pelo menos próximo disso) sem sucesso. Peregrinam entre vários profissionais e serviços de saúde quase mendigando pelo tratamento adequado no momento oportuno e muitas vezes não são atendidas nos seus apelos. Quando conseguem chegar aos poucos profissionais que se disponibilizam a realizar o procedimento este é realizado com fio inadequado que algumas vezes comprometem o resultado da cirurgia.

O objetivo do projeto Nascido Maduro é tornar possível a realização da cerclagem profilática pelo SUS Manaus e tentar reduzir os abortos tardios e partos prematuros causados pela IIC, melhorando concomitantemente a qualificação dos residentes da Maternidade Ana Braga que irão passar pelo serviço recebendo treinamento teórico e prático. Estaremos também reduzindo os custos com internações prolongadas de prematuros nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatais do Sistema Único da Saúde de Manaus. O impacto financeiro e social do projeto é de extrema importância para a Gestão em Saúde tendo em vista que o custo diário com o prematuro internado em UTIs varia em torno de R\$ 800,00 (no mínimo) sendo que o custo do procedimento varia em torno de R\$ 485,91 (somente honorários) pela CBHPM 2012.

2-REFERENCIAL TEÓRICO

2.1-CONCEITO DE ABORTAMENTO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 1992), o abortamento deve ser considerado como interrupção voluntária ou não da gravidez até a vigésima semana de gestação, com feto pesando menos de 500 gramas (para os casos em que

a idade gestacional é desconhecida). O Ministério da Saúde do Brasil, na Norma Técnica Atenção Humanizada ao abortamento adota a seguinte definição: “Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana de gestação e com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas; aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento”. (Brasil, 2005, Pág. 22)

O **abortamento** é dividido em precoce (80% dos casos) e **tardio** (20% dos casos), respectivamente, se ocorre antes ou após a 12^a semana de gestação. A importância clínica desta classificação é que nos direciona quanto as causas mais prováveis, que diferem de acordo com o momento em que ocorre o abortamento. Quando precoce, pensa-se principalmente em causas ovulares, enquanto os tardios são decorrentes sobretudo de causas locais.(CABRAL, 2009)

2.2-CONCEITO DE PARTO PREMATURO

Uma gestação considerada normal dura de 37 semanas completas a 42 semanas incompletas, sendo este parto denominado “a termo”. Já o conceituação de parto prematuro segundo Mario Dias Correa:

“A conceituação mais aceita para o parto pré-termo é a cronológica: idade gestacional em semanas. Por esse critério, parto pré-termo é o que acontece a partir da viabilidade fetal - 20 semanas para a maioria, 22 semanas para alguns e, enquanto não existir a maturidade fetal cronológica, gestação inferior a 37 semanas”. (CORREA, 2016, Pág. 322)

2.3-CONCEITO DE INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL E SUAS CAUSAS

Incompetência istmo-cervical (IIC) ou **insuficiência cervical** é uma condição que se caracteriza por perda fetal recorrente no segundo trimestre da gravidez, em consequência do sistema de oclusão do colo uterino. Essa inabilidade do colo uterino em manter-se convenientemente ocluído pode ser consequente a um defeito estrutural ou funcional. É responsável por 10 a 20% dos abortamentos de repetição. (ZUGAIB, 2008).

As causas de incompetência istmo-cervical podem ser de dois tipos: **congênitas** ou **adquiridas**. Como congênitas podemos citar as malformações uterinas, como anomalias mullerianas e as deficiências de tecido muscular e conjuntivo na cérvix uterina. Como causas adquiridas podemos citar os tumores cervicais ou segmentares que alteram a anatomia da região

istmo-cervical; causas cirúrgicas (conizações e amputações do colo) e causas traumática (as lesões traumáticas do orifício interno do colo, provenientes de lacerações de parto traumático, fórcepe ou dilatação intempestiva do colo com velas de Hegar são as principais causas de IIC). (CABRAL, 2009)

A IIC leva a perdas gestacionais a partir da décima oitava semana, quando o bebê ainda não está pronto para viver fora do útero materno. Geralmente as perdas são inevitáveis, quando não monitoradas por um bom profissional, pois o colo dilatado sem dor. Por vezes a bolsa estoura sem aviso prévio.

2.4-SINAIS E SINTOMAS DA INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL

A condição é caracterizada por expulsão do conceito e anexos em torno do segundo trimestre de gravidez, sem dor, sangramento e contrações uterinas. Esta sequência de eventos tende a repetir em gravidezes subsequentes, caracterizando o aborto de repetição. (SOGIMIG, 2012).

É clássica a sensação de peso no hipogástrico no segundo trimestre de gestação. A dilatação cervical não é acompanhada de cólicas e a expulsão fetal dá-se rapidamente, terminando com o feto geralmente vivo e morfologicamente normal. (CABRAL, 2009).

Geralmente não causa sintomas antes do **parto prematuro**, logo o diagnóstico quase sempre só é feito após uma ou mais partos prematuros ou **abortos tardios** sem motivo aparente.

2.5- DIAGNÓSTICO DA INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL

A incompetência istmocervical pode ser reconhecida fora da gravidez e durante ela. Não há nenhum teste diagnóstico pré-concepcional que mereça ser recomendado para confirmar a presença de insuficiência cervical.(REZENDE, 2008).

Durante a gestação, o diagnóstico é **fundamentalmente presuntivo**, e a avaliação clínica por meio de exames digitais seriados do colo uterino constitui importante meio diagnóstico da insuficiência cervical. Paciente com história de 2 ou mais perdas consecutivas de segundo trimestre por uma dilatação de colo sem dor compatível sugere incapacidade de colo de segurar a gestação. Deve-se afastar infecções, ruptura prematura de membranas amnióticas (RPMO) e sangramento placentário.

A ultra-sonografia, com transdutor vaginal, constitui o método preferente atual de avaliação da enchimento istmo-cervical IIC, durante a gravidez. Não carecendo enchimento prévio da bexiga, a proximidade direta dos órgãos a serem investigados assegura a maior precisão nos resultados. Obtém-se mensuração exata da cérvix, avalia-se sua dilatação e consistência. (REZENDE, 2008).

Achados ultrasonográficos de colo curto no segundo trimestre, assim como passado de trauma ou procedimentos cirúrgicos no colo, anormalidades do colágeno, exposição ao dieteibestrol, cirurgia bariátrica com perda importante de peso são informações que obrigam os pre-natalistas a monitorarem a paciente com mais severidade pensando sempre na possibilidade de IIC. A incompetência cervical pode ser definida como comprimento cervical inferior a 25 mm antes da 24ª semana de gestação. Quanto menor, maior o risco de aborto tardio e de parto prematuro.

Técnicas de diagnóstico de IIC fora da gestação, como medidas por vela de Haegar, histerossalpingografia ou RNM em pacientes com passado de TPP não tem evidências suficientes mas pode nomear fatores de risco.

2.6- TRATAMENTO DA INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL

Sendo confirmada, a incompetência cervical clássica deve ser tratada com cerclagem, que reforça cirurgicamente o colo fraco por meio de suturas em “bolsa de tabaco”. Sangramento, contrações uterinas ou rupturas de membranas são geralmente contraindicações à realização da cerclagem. A ultrasonografia deve ser realizada para confirmar a presença do feto vivo e excluir as grandes anomalias fetais. (Williams, 2010).

As medidas de precaução geralmente são:

- Repouso moderado à absoluto
- **Cerclagem** na 12-14ª semana de gestação associado a administração da progesterona tópica como medida preventiva.
- Medicamentos inibidores de contração uterina precoce (Inibina, Dactil), AAS. Existe ressalvas quanto a seu uso, não sendo uma conduta unânime entre os profissionais.
- Administrar **corticosteróides** para amadurecimento dos pulmões fetais é uma medida importante para preparar o feto para o parto e está preconizado a partir da 26ª semana de gestação.

O uso de **pessário** cervical está sendo estudado como uma alternativa às cerclagens cervicais que não foram realizadas em momento oportuno, pois há menos complicações potenciais. Um **anel de silicone** é colocado na abertura do colo do útero e removido quando nas últimas semanas da gravidez (37-40ª semana).

2.7- TÉCNICAS DE CERCLAGEM

A cerclagem é denominada profilática se realizada antes da ocorrência da cervicodilatação, sendo o período ideal entre 12-16 semanas de idade gestacional. Denomina-se cerclagem de emergência aquela realizada no segundo trimestre de gestação, com a paciente apresentando modificações do colo uterino como dilatação acima de 3 cm, esvaecimento cervical pronunciado e membranas ovulares protrusas através do canal cervical. (ZUGAIB, 2008).

Três são as técnicas em que todas as outras se baseiam:

- **Shirodkar**, que requer abertura da mucosa vaginal, por via transvaginal;
- **McDonald**, que é a sutura circular transmucosa, também por via transvaginal;
- **Berson-Durffee**, realizada por via abdominal;

Dois tipos de cirurgia vaginal são geralmente usados durante a gravidez. O procedimento mais simples desenvolvido por McDonald (1963), é mostrado na Fig. 2 e 4. A cirurgia mais complicada é uma modificação do procedimento original descrito por Shirodkar(1955) e mostrado na Fig. 3 e 5. Muitos clínicos reservam a técnica modificada para as mulheres com insucesso anterior com a cerclagem de McDonald ou mulheres com anormalidades cervicais estruturais. A cerclagem transabdominal conhecida como Berson-Durffee, com sutura realizada no istmo uterino é usada em alguns casos de defeitos anatômicos graves do colo uterino ou casos de insucesso anterior de cerclagem transvaginal. (Williams, 2010).

Não há evidências de que uma técnica apresente melhores resultados que a outra, e o cirurgião deve optar pela que tenha maior afinidade. A mais usada, em vista de menor morbidade, é a de **McDonald**.



FIGURA 2



FIGURA 3

<http://www.geocities.ws/ginec obstetricia2000/cirurgia.html>

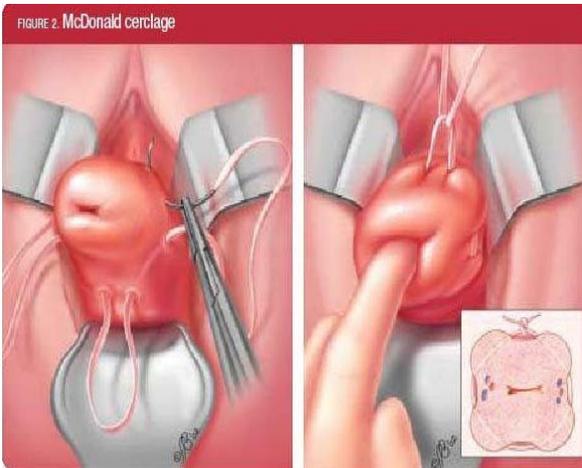


FIGURA 5

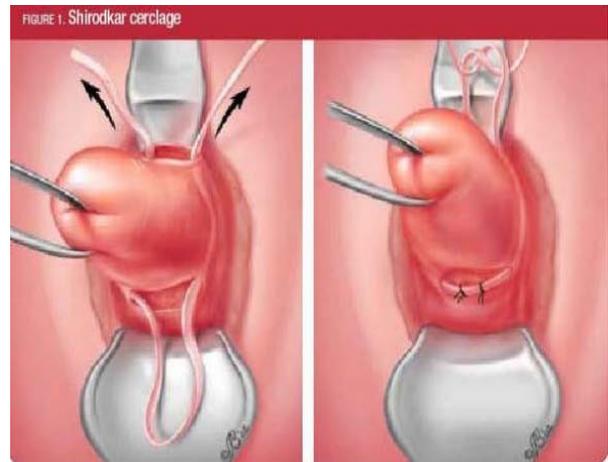
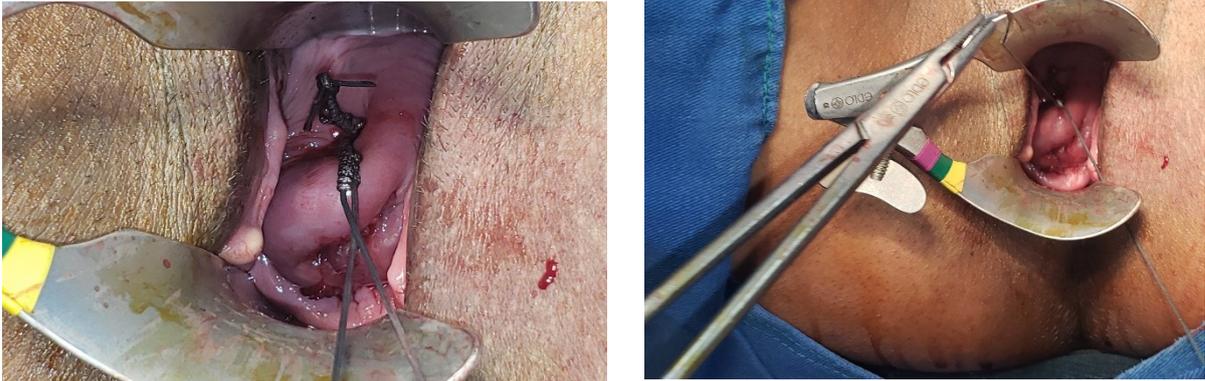


FIGURA 4

http://www.cerclagem.com.br/page_43.html

Essas cirurgias devem ser realizadas, quando possível, entre 12 e 16 semanas de gestação, após o USG morfológico de primeiro trimestre descartar grandes malformações no concepto. Perdida essa oportunidade, pode-se praticá-la até 25 semanas. O nosso trabalho está direcionado para a cerclagem apenas profilática realizada entre 12 e 16 semanas de gestação.





FOTOS TIRADAS DURANTE UMA CERCLAGEM REALIZADA NA MATERNIDADE ANA BRAGA

2.8- CONDIÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA CERCLAGEM PROFILÁTICA

- 1- Consentimento informado assinado pela paciente ou seu responsável.
- 2-USG morfológico de primeiro trimestre descartando cromossomopatias.
- 3- Tratar as vulvovaginites antes do procedimento. Ausência de leucocitose, febre e bacteriúria.
- 4-Esvaziar a bexiga da paciente. (Machado et al, 2017, Pág. 2).

2.9-CONTRAINDICAÇÕES DA CERCLAGEM

- Dilatação do colo uterino superior a 4 cm;
- Malformações fetais;
- Alterações placentárias;
- Sangramento ou atividade uterina;
- Amniorexe prematura;
- Infecção vaginal. (CABRAL, 2009).

2.10-CUIDADOS OPERATÓRIOS DA CERCLAGEM PROFILÁTICA

Usar preferencialmente a técnica de MacDonald que dura aproximadamente 15 minutos e deve ser realizada da seguinte forma.

- Preferir a anestesia do tipo Raquiana;
- Esvaziamento da bexiga;
- Posicionamento da paciente em posição ginecológica;
- Embrocamento vaginal com clorexidina aquoso;
- Colocação do espéculo vaginal;

- Exposição da cérvix e apreensão com um pinça não traumática de preferência a Collin coração reta;
- Realização de sutura circular com um fio inabsorvível o mais alto possível para que se aproxime do orifício cervical interno (OCI). A agulha é passada 4-6 vezes, na maioria das vezes sem dificuldade e deve ser passada de forma profunda;
- Apertar o nó de forma suficiente para ocluir o OCI, posicionando-o na frente do canal, com o fio cortado longo para facilitar a remoção.
(Machado et al, 2017, Pág. 3).

2.11-CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS DA CERCLAGEM PROFILÁTICA

- Alta hospitalar após 24 horas;
- Administração de progesterona tópica de rotina para todas as pacientes;
- Abstinência sexual durante toda a gravidez;
- Orientar sobre a dor e perda de líquido;
- Corticóide na 28ª semana de gestação(Machado et al, 2017, Pág. 4).

2.12-QUANDO RETIRAR OS PONTOS DA CERCLAGEM

- Com 37 semanas de gestação;
- Na vigência de contrações uterinas que não respondem a tocolíticos ;
- Em caso de rotura prematura de membranas;
- Em caso de sinais de infecção ovular. (CABRAL, 2009)

3-PROTETO DE INTERVENÇÃO: PROTOCOLO NASCER MADURO

3.1-DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Falta de acesso ao tratamento para as gestantes com Incompetência Istmo Cervical no Sistema Único de Saúde de Manaus.

3.2-CAUSAS DO PROBLEMA

Por uma questão de governabilidade iremos abordar a causa crítica 3 e 4.

- 1- Falta de diagnóstico durante o pré-natal. Muitas gestantes têm dificuldade para realizar o acompanhamento da gestação ou quando conseguem, já se encontram em uma fase avançada onde pouco se tem a fazer em relação a Incompetência do colo uterino.

- 2- Dificuldade em agendar a USG do primeiro trimestre, considerada fundamental para o diagnóstico da patologia.
- 3- Falta de Protocolo de Referência no SUS Manaus voltado para o atendimento da gestante diagnosticada com a patologia, realizando o procedimento e posteriormente conduzindo ao pré-natal de alto risco, mantendo o vínculo com essa paciente até o término da gestação para acompanhamento do desfecho da gravidez.
- 4- Falha na formação dos residentes em Ginecologia e Obstétrica da Maternidade Ana Braga, levando a escassez de profissionais habilitados para realizar o procedimento. A maioria dos plantonistas contratados pelo Estado que atuam na maternidade se recusam a realizar o procedimento por falta de habilidade técnica. Os residentes concluem o curso de formação sem saber realizar a cerclagem, perpetuando a problemática pois serão os futuros obstetras e formadores de opiniões.

MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE AÇÃO

CAUSA CRÍTICA 1.

Problema a ser enfrentado:	Falta de acesso ao tratamento para as gestantes com Incompetência Istmo Cervical no SUS Manaus.
Causa Crítica 1	Falta de protocolo de referência especializado em IIC no SUS Manaus
Descritor:	100% das pacientes com indicação de cerclagem profilática não conseguem realizar o procedimento pelo SUS Manaus
Indicador:	Porcentagem de Cerclagem Cervical realizado pelo SUS Manaus. Prazo:6 meses
Meta:	Implantar um Protocolo de Referência em IIC no SUS Manaus. Prazo:6 meses
Impacto a ser gerado(resultado):	Universalizar o tratamento da IIC no SUS Manaus

Ações	Recursos Necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
1-Solicitar apoio da Direção Geral da Maternidade Ana Braga.	Humano	<u>Protocolo Nascido Maduro*</u> apoiado pela gestora da Maternidade	15 dias	Sra. Glauria Tapajoz Said
2-Solicitar compra do fio adequada para cerclagem.	Financeiro	Solicitado compra do Fio Poliéster 5 Trancado Classe II Estéril fechamento de externo. Modelo: com agulha 5 4 X 75 cm ½ CIR.TRG 4,7 cm	60 dias	Sra. Francineide Leonardo.
3-Elaborar Consentimento Informado, Prontuário Médico do projeto e folha de Estatística <u>Protocolo Nascido Maduro</u>	Humano Financeiro	Elaborado Impressos do Consentimento Informado, Prontuário e Estatística do Projeto.	7 dias	Jackeline Veloso e Gino Vasques
4-Comprar Pasta Específica para os impressos do Serviço.	Financeiro	Comprado Pasta do <u>projeto Nascido Maduro</u>	1 dia	Jackeline Veloso
5-Divulgar do Protocolo nas policlínicas e hospitais que realizam pré-natal no SUS Manaus.	Humano	Divulgado Protocolo nos serviços que realizam pré-natal através de visitas aos locais e elaboração de cartazes.	60 dias	Jackeline Veloso
6-Divulgar do Protocolo para os funcionários (recepção, triagem, maqueiros, enfermeiros, técnicos e anestesistas) da Maternidade.	Humano	Divulgado Protocolo entre os funcionários da Maternidade Ana Braga	30 dias	Jackeline Veloso

*Nome dado ao Protocolo de Referência em Incompetência Istmo-Cervical do SUS Manaus.

MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE AÇÃO

CAUSA CRÍTICA 2.

Problema a ser enfrentado:	Falta de acesso ao tratamento para as gestantes com Incompetência Istmo Cervical no SUS Manaus.
Causa Crítica 2	Falha na Formação dos residentes em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Ana Braga
Descritor:	De cada 10 residentes da Maternidade Ana Braga questionados sobre a técnica da cerclagem, apenas um 1 (10%) se considera apto a realizar o procedimento.
Indicador:	Porcentagem de residentes da Ana Braga habilitados para realizarem a cerclagem. Prazo: 12 meses.
Meta:	100% dos residentes da Ana Braga concluírem o curso de especialização habilitados a realizarem cerclagem. Prazo: 12 meses.
Impacto a ser gerado(resultado):	Melhorar a qualificação dos residentes em Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade Ana Braga e reduzir os abortos tardios e partos prematuros causados pela IIC e consequentemente gastos com diárias neonatais no SUS Manaus

Ações	Recursos Necessários	Produtos a serem alcançados	Prazo de conclusão	Responsável
1-Solicitar apoio da Coordenação da Residência Médica da Maternidade Ana Braga.	Humano	<u>Protocolo Nacer Maduro</u> apoiado pelo Coordenador da residência	15 dias	Sr. José Fernandes
2-Realizar palestra com todos os residentes da Maternidade Ana Braga para explanação do Projeto.	Humano	Realizada palestra para os residentes da Ana Braga	30 dias	Jackeline Veloso e Sr. José Fernandes
3-Montar escala de rodízio dos Residentes da Maternidade Ana Braga no Protocolo <u>Nacer Maduro</u>	Humano	Escala de passagem dos residentes no Protocolo <u>Nacer Maduro montada</u>	15 dias	Jackeline Veloso e Sr. José Fernandes
4- Divulgar o Protocolo <u>Nacer Maduro</u> no grupo de WhatsApp dos preceptores e residentes da Maternidade Ana Braga.	Humano	Protocolo Divulgado entre os residentes da Ana Braga	1 dia	Jackeline Veloso

4-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto para o serviço de saúde e a repercussão na vida das pacientes com IIC, ocasionado pelo PROTOCOLO NASCER MADURO só poderá ser medido após alguns anos de existência do projeto. Somos conhecedores dos obstáculos que enfrentaremos pela frente, mas manteremos focados nos resultados que tendem a ser cada vez mais intensos à medida que o serviço for divulgado e mais apoiadores aderirem a nossa causa. Nas muitas pesquisas sobre o assunto percebemos a pobreza de dados e inexistência de um estudo completo brasileiro comparando a eficácia da cerclagem nas pacientes com Incompetência Istmo-Cervical. É triste reconhecer, mas muitos obstetras desconhecem ou sabem superficialmente do assunto, subestimando a história clínica e a sintomatologia das pacientes. Muitos nunca consideram a possibilidade de tratamento com cerclagem, progesterona e repouso pois acreditam que as pacientes estão fadadas ao aborto tardio e partos prematuros. Tal situação é inadmissível em uma sociedade que tanto discute sobre os princípios da dignidade humana. Precisamos mudar essa mentalidade pessimista e dar a mulher a possibilidade de tentar através de um procedimento de baixo custo e sem risco quando realizado de forma profilática (entre 12 e 14 semanas) a ter sua história com uma final feliz. Contra muitos, sou defensora da realização do procedimento em todas as pacientes com história clínica e fatores de risco e naquelas com gestações múltiplas. Temos que nos conscientizar que a estrutura fibro-elástica do colo da maioria das gestantes não tem a capacidade de sustentar o peso de 2,3 ou mais fetos. O reforço com um fio inabsorvível e não traumático diminuirá a possibilidade de abortos tardios e partos prematuros devido a uma sábia distribuição de força e peso facilmente explicada pela física. Para os pessimistas de plantão deixo apenas uma pergunta: POR QUE NÃO FAZER???

POR QUE NÃO FAZER????

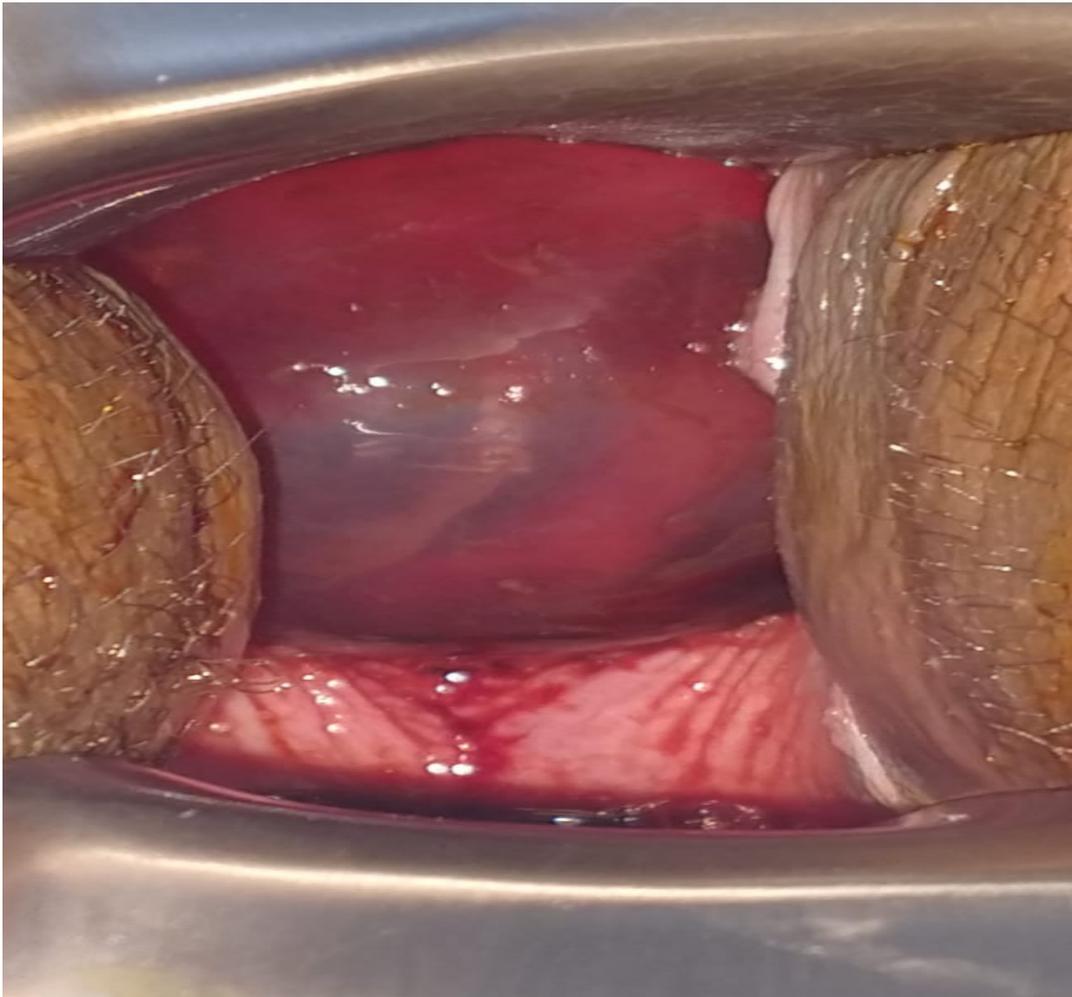


FOTO DE UMA PACIENTE QUE CHEGOU PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO NA MATERNIDADE ANA BRAGA COM 22 SEMANAS E COM O FETO NA VAGINA. INFELIZMENTE O PROCEDIMENTO NÃO PÔDE SER MAIS REALIZADO.

5-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG No.142: **Cerclagem para o manejo da insuficiência cervical**. American College de Obstetras e Ginecologistas Obstet. Gynecol. 2014; 123 (2 Pt 1): 372. Acessado 27 de maio 2020. https://pt.wikipedia.org/wiki/Incompetência_istmocervical

Associação Médica Brasileira, Classificação Brasileira Hierarquizada de procedimentos Médicos (CBHPM), SP, 2012

CABRAL, ACV. **Fundamentos e Práticas em Obstetrícia**. Editora Atheneu, SP, 2009.

CIRUGÍA EN INFERTILIDAD, TEMAS EN REPRODUCCIÓN HUMANA, <http://www.geocities.ws/ginecobstetricia2000/cirurgia.html>. Acessado em 30 de outubro 2020

CORREA, Mario Dias. **NOÇÕES PRÁTICAS DE OBSTETRÍCIA**. Editora COPMED, 14ª edição, MG, 2016.

CUNNINGHAM, F. Gary; LEVENO, Kenneth J. Williams. **Obstetrics** 23rd edição – McGraw Hill's, SC, 2010 e alterações.

MACHADO, C.G.E., CARVALHO NETO, K. PAIVA, J.P. FEITOSA. F.E.L-Protocolo de Incompetência Istmo-Cervical e Cerclagem da Universidade Federal do Estado do Ceará. <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.035+-+INCOMPET%C3%8ANCIA+ISTMO+CERVICAL+E+CERCLAGEM.pdf/6152f045-280f-4dfd-b97f-84e5d03db499>. Acessado em 05 de novembro 2020

Ministério da Saúde, NORMA TÉCNICA ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO, DF, 2005. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acessado em 30 de outubro de 2020

MORENO, Erivane de Alencar. CERCLAGEM E ABORTO TARDIO, 2019 http://www.cerclagem.com.br/page_43.html. Acessado em 31 de outubro 2020

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 11ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRO, F. R. G. & Spink, M. J. P. (2011). Repertórios interpretativos na controvérsia sobre a legalização do aborto de fetos anencefálicos. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 63-71 <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v23nspe/a09v23nspe.pdf>. Acessado em 30 de outubro 2020

SOCORRO, Maria do. CASO COMPLEXO 4, Fundamentação Teórica: Abortamento
https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Maria_Socorro/Complexo_04_Maria_do_Socorro_Abortamento.pdf. Acessado em 25 de julho 2020

SOGIMIG, **Manual de Ginecologia e Obstetrícia**. COOPMED, 5ª edição, MG, 2012.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 1ª edição. Barueri, São Paulo: Manole, 2008.

APÊNDICE

1- PRONTUÁRIO MÉDICO DO PROTOCOLO NASCER MADURO



SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE(SUS-MANAUS)

PRONTUÁRIO MÉDICO

PROTOCOLO NASCER MADURO

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INCOMPETÊNCIA ISTMO-CERVICAL

NOME: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / ___ RG: _____ PRONTUÁRIO: _____

ESCOLARIDADE: _____ RAÇA: _____ DATA: ___ / ___ / ___

ENDEREÇO: _____
 _____ TELEFONE: _____

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO: _____

G ___ P ___ A ___ DUM: ___ / ___ / ___ IG(DUM): _____

IG(USG): _____ USG DE: ___ / ___ / ___ COM ___ SEMANAS E ___ DIAS.

DOENÇAS CRÔNICAS: _____

TABAGISMO: _____ ETILISMO: _____ ALERGIAS: _____

CIRURGIAS PRÉVIAS: _____

HISTÓRICO DOS ABORTAMENTOS/PARTOS PREMATUROS:

1-IG: _____ DATA: ___ / ___ / ___ CURETAGEM: SIM() NÃO()

2-IG: _____ DATA: ___ / ___ / ___ CURETAGEM: SIM() NÃO()

3-IG: _____ DATA: ___ / ___ / ___ CURETAGEM: SIM() NÃO()

4-IG: _____ DATA: ___ / ___ / ___ CURETAGEM: SIM() NÃO()

ANEXO**1-CONSENTIMENTO INFORMADO DO PROTOCOLO NASCER MADURO**

SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE(SUS-MANAUS)
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE CERCLAGEM CERVICAL

PACIENTE:	RESPONSÁVEL/ REPRESENTANTE
NOME: _____	NOME: _____
RG: _____ Nasc: ____ / ____ / ____	RG: _____ Parentesco: _____
Telefone: _____	Telefone: _____
—	—

DECLARO, Que o Doutor(a): _____, CRM n.º: _____
 Informou-me que tendo em vista o diagnóstico de **INCOMPETÊNCIA DO COLO UTERINO**, ser conveniente e indicado proceder **CERCLAGEM CERVICAL** em () minha pessoa ou em () paciente supra mencionado, cuja a finalidade é reduzir o orifício cervical uterino por risco de aborto/ parto prematuro.

Esclareceu-me que:

1. A intervenção consiste em se aplicar uma cinta ou pontos no colo uterino observando reduzir ou impedir a dilatação do seu orifício (cervical). A intervenção realizar-se-á sob anestesia (geral ou raquidiana).

Cuja indicação é: () Imprescindível () Necessária () Conveniente

2. A intervenção cirúrgica não garantirá absolutamente a correção da incontinência cervical, existindo uma pequena porcentagem de fracasso. No meu caso, tal procedimento não aumentará o risco atual de interrupção da gestação.

3. A via de abordagem da incontinência habitualmente é a via vaginal, porém em função de certos casos, poder-se-á realizar-se por via abdominal.

4. Se no momento do ato cirúrgico surgir algum imprevisto, a equipe médica poderá variar a técnica cirúrgica programada.

5. Foi-me informado também que a não autorização e realização do referido procedimento, pode levar a prejuízos na realização do tratamento adequado.

Página 1 de 2



SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE(SUS-MANAUS)
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA
REALIZAÇÃO DE CERCLAGEM CERVICAL

Também entendi que, a qualquer momento antes que o referido procedimento seja realizado e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Assim, declaro agora que estou satisfeito(a) com a informação recebida e que compreendo o alcance e riscos do tratamento.

Por fim, declaro ter lido as informações, que todas as minhas dúvidas e questões foram esclarecidas através de linguagem clara, a qual entendi perfeitamente, decidindo conjuntamente com o meu médico que **CERCLAGEM CERVICAL** é a melhor indicação neste momento para meu quadro clínico.

Por tal razão e nestas condições, **CONSINTO** que se realize a **CERCLAGEM CERVICAL** proposta.

Manaus, ____ de _____ de _____.

Paciente ou Representante ou Responsável

Médico

Testemunha: _____ R.G.: _____

Testemunha: _____ R.G.: _____

Apesar de seu médico poder dar-lhe todas as informações necessárias e aconselhar-lhe, você deve participar do processo de decisão sobre o seu tratamento e ter sua parcela de responsabilidade pela conduta adotada. Este formulário atesta sua aceitação do tratamento recomendado pelo seu médico.

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado na data de: ____ / ____ / ____ e não desejo prosseguir o tratamento, que dou com esta por finalizado.

Paciente ou Representante ou Responsável	Médico
--	--------