

# Gravidez pós-termo

- 1 Introdução
- 2 Riscos na gravidez pós-termo
- 3 Prevenção da gravidez pós-termo
- 4 Indução rotineira de trabalho de parto
  - 4.1 Morte perinatal
  - 4.2 Morbidade perinatal
  - 4.3 Efeitos maternos
- 5 Vigilância
- 6 Conclusões

## 1 Introdução

A frequência descrita de gravidez pós-termo (definida como gravidez com duração igual ou maior a 42 semanas completas) varia de 4% a 14%, dependendo da natureza da população analisada, dos critérios usados para avaliação da idade gestacional e da proporção de mulheres submetidas a parto eletivo. A determinação mais precisa da idade gestacional possibilitada pela ultra-sonografia de rotina no início da gravidez reduz o número de mulheres submetidas a indução do trabalho de parto por gravidez aparentemente pós-termo.

Os achados e conclusões contraditórios sobre os riscos associados à gravidez pós-termo geraram opiniões opostas sobre a forma mais efetiva de tratamento. Foram desenvolvidas diversas políticas para tratar a mulher com gestação pós-termo, desde a indução rotineira do trabalho de parto com cerca de 40, 41 ou 42 semanas de gestação, passando pela indução seletiva de trabalho de parto com base em anormalidades detectadas por vigilância fetal pré-natal, até a intenção de aguardar o trabalho de parto espontâneo.

Problemas semânticos também contribuíram para a confusão na compreensão da gravidez pós-termo. As palavras “pós-termo”, “prolongada”, “pós-data” e “pós-madura” são todas usadas como sinônimos, mas possuem diferentes implicações de avaliação. O nome “pós-maturidade” também foi dado a uma síndrome clínica do lactente com uma hierarquia de características que variam da perda de gordura subcutânea com pele seca e rachada, passando pelo líquido amniótico meconial e asfixia no parto, até angústia respiratória, convulsões e morte fetal. Tende a haver confusão quando uma síndrome clara-

mente patológica é descrita por uma palavra usada também para se fazer uma simples constatação a respeito da duração cronológica de uma gravidez.

## 2 Riscos na gravidez pós-termo

A gravidez pós-termo está associada a aumento da mortalidade perinatal. Parte desse aumento é causada por malformações congênitas, que são mais frequentes nos partos pós-termo que nos partos a termo. A outra principal causa de morte é a asfixia.

O risco de morte perinatal na gravidez pós-termo aumenta com o início do trabalho de parto. Ocorre principalmente durante o período intraparto e neonatal, e não durante a gravidez. O líquido amniótico meconial é uma característica comum nas mortes neonatais intraparto e por asfixia.

A incidência de convulsões neonatais precoces, um indicador de asfixia perinatal, é duas a cinco vezes maior em lactentes nascidos após 41 semanas.

## 3 Prevenção da gravidez pós-termo

O descolamento das membranas (separação das membranas fetais do pólo inferior do útero pelo dedo do examinador) em gestações a termo ou pós-termo reduz a incidência de indução formal de trabalho de parto e a frequência de continuação da gravidez após 42 semanas. Não parece ter qualquer efeito sobre o modo de parto ou sobre o risco de infecção. As mulheres relataram maior desconforto durante exame vaginal com “descolamento”, bem como outros efeitos colaterais de hemorragia e contrações irregulares (ver Cap. 40).

A defesa da estimulação mamária das mulheres a partir de 39 semanas até o início do trabalho de parto foi comparada à ausência de estimulação mamária em dois estudos pequenos. Um deles sugeriu diminuição do número de mulheres que continuaram sem dar à luz com 42 semanas, e o outro não mostrou diferença. Nenhum estudo mostrou diferença em relação a qualquer outro resultado. Nesse estudo, não se pode recomendar a estimulação mamária e do mamilo para evitar gravidez pós-termo. Não deve ser implementada sem outros estudos para avaliar a eficácia e a aceitabilidade para as mulheres.

## 4 Indução rotineira de trabalho de parto

Durante muitos anos, os obstetras expressaram opiniões diferentes e irreconciliáveis sobre o papel da indução do trabalho de parto na gravidez pós-termo. Mesmo os resultados de grandes estudos de observação lançaram pouca luz sobre a questão, devido a vieses de seleção inerentes e à influência da duração da gravidez e de outros aspectos da assistência sobre o resultado. O melhor ponto de apoio a uma política de indução rotineira do trabalho de parto com 41 semanas ou mais *versus* indução seletiva do trabalho de parto provém de estudos randomizados. Felizmente, hoje estão disponíveis os resultados de diversos estudos. Alguns estudos examinaram os efeitos da indução com exatidão ou cerca de 40 semanas; outros estudos analisaram a indução durante ou após a 41.<sup>a</sup> semana.

### 4.1 Morte perinatal

Uma política de indução rotineira de trabalho de parto reduz o risco de morte perinatal em bebês normalmente formados. Isso é devido a uma redução da mortalidade perinatal em gestações com indução do trabalho de parto após 41 semanas. Embora nenhum dos estudos individualmente fosse grande o bastante para mostrar uma diferença estatisticamente significativa, os resultados combinados dos 19 estudos randomizados que avaliaram essa intervenção mostram um quadro nítido. Houve apenas uma morte desse tipo entre mais de 4.000 mulheres submetidas a parto eletivo, em comparação com nove mortes entre o número semelhante de mulheres no braço de vigilância dos estudos; isto é, foi evitada uma morte perinatal para cada 500 induções realizadas. Essa diferença é clinicamente importante e estatisticamente significativa. Não há indícios de um efeito benéfico da indução com menos de 41 semanas completas de gestação.

### 4.2 Morbidade perinatal

A indução rotineira do trabalho de parto reduz o risco de líquido amniótico meconial, mas o risco de síndrome de aspiração meconial e convulsões neonatais não é afetado. Não foi demonstrado efeito constante da indução eletiva sobre a incidência de icterícia neonatal nos estudos disponíveis. Não há indícios de que a indução rotineira do trabalho de parto influencie a taxa de anormalidades da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto.

Durante a década de 1970, houve diversos relatos de uma associação entre indução eletiva de trabalho de parto e parto pré-termo involuntário, seguido por angústia respiratória e outras causas de morbidade neonatal. Por volta da década de

1980, esse problema diminuiu devido à maior consciência dos riscos de indução eletiva do trabalho de parto sem fundamentos sólidos para haver certeza sobre a duração da gestação. Não foram descritos casos de síndrome de angústia respiratória iatrogênica nos estudos randomizados de indução rotineira do trabalho de parto, mas deve-se compreender que a maturidade fetal bem documentada foi um critério para participação na maioria deles.

### 4.3 Efeitos maternos

No único estudo que avaliou a satisfação materna, não foi constatada alteração dessa pela indução do trabalho de parto. As políticas de indução ativa do trabalho de parto não mostram qualquer efeito sobre o uso de opiáceos ou de analgesia peridural.

A indução rotineira do trabalho de parto não está associada a aumento do uso de cesariana; na verdade, os estudos de indução após 41 semanas mostram uma diminuição pequena, mas estatisticamente significativa, da frequência de cesariana nas mulheres submetidas a indução do trabalho de parto. A análise do subgrupo mostra que isso é verdade independentemente da paridade, do estado do colo uterino, do método de indução ou das taxas gerais de cesariana nos estudos. Análises de subgrupo também mostram diminuição significativa do uso de cesariana em mulheres primigrávidas nas quais o trabalho de parto é induzido, quando são usadas prostaglandinas para indução e quando as taxas globais de cesariana no estudo são de 10% ou mais. Isso desafia uma crença disseminada de que há uma associação inerente entre indução pós-termo e aumento do risco de cesariana.

## 5 Vigilância

Em todos os estudos randomizados de indução rotineira do trabalho de parto com 41 semanas ou mais, foi usada alguma forma de vigilância fetal no braço conservador do estudo. Essa vigilância geralmente envolveu consultas a intervalos de 2 a 3 dias após 41 semanas, e variou do uso levemente intrusivo de ultra-sonografia ou cardiotocografia aos procedimentos altamente invasivos de amnioscopia ou amniocentese. Há alguns indícios de que esses testes podem detectar gestações nas quais há “algo errado”, mas há menos indícios de que seu uso melhora o resultado, ou pode eliminar o risco adicional de gravidez pós-termo. O único estudo controlado não mostra vantagens da monitorização fetal complexa com cardiotocografia computadorizada, índice de líquido amniótico, avaliação do tônus respiratório e movimentos corporais grosseiros em relação à monitorização simples com cardiotocografia pa-

drão e medida por ultra-sonografia utilizando a medida máxima do “bolsão” de líquido amniótico.

## 6 Conclusões

Na maioria dos casos, a gravidez pós-termo provavelmente representa uma variação do normal, e está associada a um bom resultado, independentemente da forma de tratamento. Em uma minoria de casos há aumento do risco de morte perinatal e de convulsões neonatais precoces.

Quando é possível realizar uma ultra-sonografia fidedigna no início da gravidez a um custo aceitável, ela deve ser oferecida rotineiramente para confirmar a data esperada do parto e evitar indução desnecessária do trabalho de parto por um diagnóstico errado de gravidez pós-termo.

Uma política de indução do trabalho de parto após 41 semanas de gestação reduz um pouco o risco de morte perinatal, na faixa de uma morte evitada para cada 500 induções. Também reduz a taxa de líquido amniótico meconial, e não está associada a qualquer grande desvantagem. Desde que sejam usados métodos de indução apropriados, há uma pequena redução do risco de cesariana nas mulheres com gravidez pós-termo.

A indução do trabalho de parto antes de 41 semanas de gestação não está associada a qualquer vantagem além de uma pequena redução da presença de mecônio no líquido amniótico. A redução da morte perinatal associada à indução de trabalho de parto parece ser limitada a gestações a partir de 41 semanas de duração. Uma política de indução rotineira com 40-41

semanas em gestações normais não pode ser justificada à luz desses dados de estudos controlados, e é inaceitável para muitas mães.

Obstetras, obstetrites e mulheres devem estar conscientes da má qualidade dos indícios disponíveis para apoiar o uso de todos os métodos de vigilância fetal comumente oferecidos a mulheres com gestações prolongadas. A melhor política é fornecer às mulheres as informações mais precisas disponíveis, incluindo a pequena redução do risco de mortalidade perinatal com a indução. Após a duração da gravidez ter atingido 41 semanas com certeza, as mulheres que escolherem a indução devem receber a oferta de indução do trabalho de parto pelo melhor método disponível.

## Fontes

*Effective care in pregnancy and childbirth*

**Bakketeig, L.S. and Bergsjø, P.** Post-term pregnancy: magnitude of the problem.

**Crowley, P.** Post-term pregnancy: induction or surveillance?

*Biblioteca Cochrane*

**Alfirevic, Z. and Neilson, J.P.** Biophysical profile for fetal assessment in high risk pregnancies.

**Boulvain, M. and Irion, O.** Stripping/sweeping the membranes for inducing labour or preventing post-term pregnancy.

**Chambers, H.M. and Chan, F.Y.** Support for women/families after perinatal death.

**Crowley, P.** Interventions for prevention or improving the outcome of delivery at or beyond term.

**Neilson, J.P.** Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy.