



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Parto Vaginal após Cesariana

**Diana Sofia da Silva Brito Pestana**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

Covilhã, abril de 2017

# Dedicatória

Aos meus pais, que são a minha maior motivação.

# Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor José Moutinho, pela disponibilidade, incentivo, e apoio ao longo de todos estes meses de trabalho.

Aos meus pais, por todo o apoio, carinho e sacrifício, pois apesar de muitas vezes longe conseguiram estar sempre presentes na minha vida. Obrigada por tudo.

Aos meus avós, Josefa e Domingos, pelo carinho e palavras sábias que sempre partilharam comigo.

À minha irmã, pela sua amizade incondicional.

Ao Giovanni, que esteve sempre disponível e que sem ele este meu percurso teria sido ainda mais difícil.

## Resumo

O principal fator de risco de uma grávida vir a ter uma cesariana, é ter tido uma cesariana anterior, o que teoricamente vai aumentar exponencialmente o número de cesarianas.

A principal estratégia para diminuir o número de cesarianas passa necessariamente pela redução de cesariana como primeiro parto. Promover o parto vaginal após uma cesariana é um objetivo consensualmente aceite.

Afigura-se importante conhecer as condições associadas às indicações para cesariana, de modo a encontrar soluções para promover o parto vaginal após a cesariana.

Objetivos: 1) Revisão descritiva da literatura sobre os fatores de risco para cesariana, e das condições necessárias para haver um parto vaginal após uma cesariana, e 2) Com base na literatura tentar definir estratégias para incentivar o parto vaginal após a cesariana.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica na plataforma Pubmed, de artigos escritos em inglês, nos últimos 10 anos.

Resultados: São vários os fatores de risco para cesariana, tendo cada um deles diferente impacto na possibilidade de vir a ocorrer um parto vaginal após cesariana. Contudo, a existência de uma cesariana prévia, identifica-se como o principal fator de risco de uma grávida vir a repetir uma cesariana. A adoção de estratégias por parte dos profissionais de saúde, que visem incentivar o parto vaginal, torna-se bastante proveitoso à redução do número de cesarianas.

Conclusão: O parto vaginal após a cesariana continua a ser uma ótima opção de via de parto, devendo este ser incentivado. Reconhece-se ainda a importância de uma boa seleção das candidatas a parto vaginal, e do conhecimento das condições necessárias para a sua realização.

## Palavras-Chave

PVAC, PTPAC, Cesariana, Resultados Maternos, Resultados Neonatais, Parto Vaginal.

## Abstract

The main predictive factor for a pregnant woman to have a cesarean section is to have a previous cesarean section, which theoretically will increase exponentially the number of cesareans.

The strategy to reduce the number of cesareans necessarily involves the encouragement of vaginal delivery after a first cesarean section.

It is important to know the conditions associated with cesarean indications, in order to find solutions to promote vaginal delivery after cesarean section.

Objectives: to know risk factors for cesarean section, to understand the conditions necessary for a vaginal delivery after a caesarean section, and to try to define strategies to encourage vaginal delivery after cesarean section.

Methodology: Descriptive review of literature on the PubMed platform, published in the last 10 years.

Results: There are several risk factors for cesarean section, each of which has a different impact on the possibility of a vaginal birth after cesarean occurring. However, the existence of a previous caesarean section is identified as the main risk factor for a pregnant woman to repeat a caesarean section. The adoption of strategies by the health professionals, which aim to encourage vaginal delivery, becomes very useful to reduce the number of cesareans.

Conclusions: Vaginal delivery after cesarean section continues to be a good option for delivery, and the same should be encouraged. It has been recognized the importance of a good selection of the candidates for a vaginal birth, and knowledge of the necessary conditions for its execution.

## Keywords

VBAC, TOLAC, Cesarean, Maternal outcomes, Neonatal outcomes, Vaginal birth.

# Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract.....	v
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Acrónimos.....	x
1. Introdução .....	1
2. Objetivos .....	5
3. Metodologia .....	6
4. Fatores de risco para cesariana .....	7
4.1 Cesariana prévia .....	7
4.2 Doenças maternas .....	8
4.3 Anomalia fetal .....	8
4.4 Ausência de parto vaginal prévio .....	8
4.5 Rutura uterina prévia .....	9
4.6 Cirurgia uterina prévia .....	9
4.7 Curto intervalo de tempo entre gestações.....	10
4.8 Anormalidades na localização da placenta .....	10
4.9 Distocia.....	10
4.10 Macrossomia/Desproporção céfalo-pélvica .....	11
4.11 Apresentação fetal .....	11
4.12 Estado fetal não tranquilizador intraparto.....	12
4.13 Gravidez múltipla .....	12
4.14 Necessidade de indução do trabalho de parto .....	12
4.15 Obesidade materna .....	13
4.16 Idade gestacional .....	13
4.17 Idade materna avançada .....	14
5. Condições necessárias para haver um parto vaginal após uma cesariana.....	15
5.1 Seleção das candidatas apropriadas a PVAC .....	15
5.2 Recursos hospitalares e humanos.....	16
5.3 Correta vigilância intraparto .....	16
6. Estratégias para incentivar o parto vaginal após a cesariana .....	18
6.1 Educação e acompanhamento da grávida .....	18
6.2 Grupos de apoio .....	19
6.3 Comunicação de riscos e benefícios.....	19
6.4 Melhorar o atual clima médico-legal.....	21

6.5	Uso mais generalizado de enfermeiras parteiras certificadas.....	22
6.6	Restabelecer o treino para todo o tipo de partos vaginais.....	22
6.7	Revisão de casos e auditorias .....	23
6.8	Oferta de analgesia .....	23
6.9	Interesse de uma norma para PVAC .....	24
6.10	Desenvolvimento do nomograma .....	24
7.	Conclusões Finais.....	26
	Bibliografia.....	27

# Lista de Figuras

Figura 1: Taxa do total de cesarianas, de cesarianas primárias, e de PVAC, entre 1989-2007.....	2
Figura 2: Nomograma gráfico preditivo da probabilidade de ter um PVAC após a TTP.....	25

# Lista de Tabelas

Tabela 1: Comparação das consequências da Cesariana vs. Parto Vaginal.....	4
--	---

## Lista de Acrónimos

PVAC	Parto Vaginal após Cesariana
EUA	Estados Unidos da América
PTPAC	Prova de Trabalho de Parto após Cesariana
SNS	Serviço Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-Nascido
TVP	Trombose Venosa Profunda
CAGO	Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia
HTA	Hipertensão Arterial
g	Gramas
VCE	Versão Cefálica Externa
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
IMC	Índice de Massa Corporal
TP	Trabalho de Parto
DGS	Direção-Geral da Saúde
PTP	Prova de Trabalho de Parto
TP	Trabalho de Parto

# 1. Introdução

Durante grande parte do século XX, os médicos acreditaram que “uma vez cesariana, sempre cesariana”. Este ditado, veio em parte contribuir para o aumento da taxa de cesarianas.(1,2)

Durante a década de 70, médicos, investigadores e políticos começaram a ficar bastante preocupados com o aumento dos partos por cesariana. Em 1980 as cesarianas rondavam os 16.5%, com um aumento de 200% em comparação aos anos 70, ano em que se registou uma taxa de 5.5%.(3)

Em 1980, o Parto Vaginal após Cesariana (PVAC), foi pela primeira vez reconhecido, como uma opção aceitável de via de parto após uma cesariana, o que levou ao seu aumento, incentivo e procura por parte das grávidas.(1,3)

No pico da sua popularidade, as taxas de PVAC aumentaram nos Estados Unidos da América (EUA), de 3,4%, em 1980, para os 28.3%, em 1996, e pela primeira vez a taxa total de cesarianas começou a diminuir com o passar do tempo.(2-4)

Contudo, com a crescente implementação de PVAC, verificou-se um crescente aumento da prova de trabalho de parto após cesariana (PTPAC). Começaram então a surgir casos publicados de fracos resultados associados à mesma, incluindo de morbilidade materna, rutura uterina, e morte perinatal.(3)

Apesar destas intercorrências serem pouco frequentes e até mesmo raras, o facto de serem potencialmente catastróficas foi o suficiente para diminuir o entusiasmo pelo PVAC.(3)(5) Assim, no ano de 1996 as taxas de PTPAC voltaram a cair. (1,6)

Este afastamento do PVAC juntamente com o aumento da taxa de cesarianas primárias, encaminhou a taxa de cesarianas para uma subida, aparentemente sem fim.(3) Este aumento foi visível em ambos os tipos de cesariana, primária e de repetição.(1)

Nos EUA, em 2007, encontrávamo-nos perante uma taxa de PVAC de 8.3%, e mais de 90% das mulheres com cesarianas, já tinham realizado uma cesariana de repetição, e apesar das inúmeras chamadas de atenção relativamente ao aumento das cesarianas, em 2009 o número de cesarianas atingiu um recorde de 32.9%, e manteve-se neste platô pelos últimos anos.(2,3,5,7)

A figura 1 demonstra a taxa total de cesarianas, de cesarianas primárias, e de PVAC, realizados entre os anos 1989-2007, nos EUA.(1)

## Parto Vaginal após Cesariana

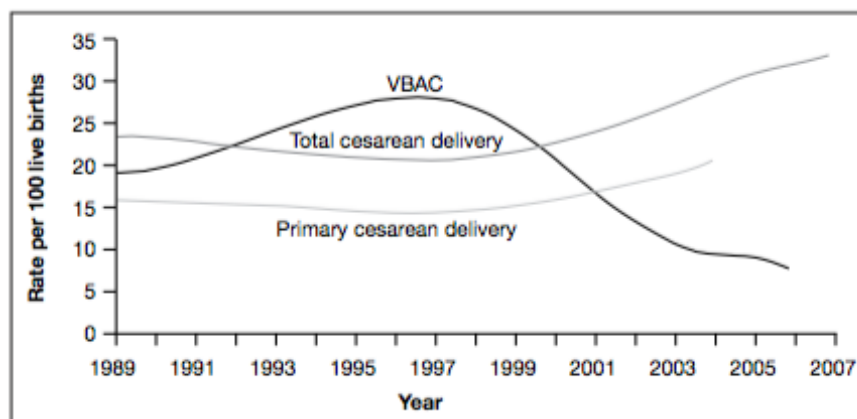


Figura 1: Taxa do total de cesarianas, de cesarianas primárias, e de PVAC, entre 1989-2007.

Este aumento registou-se em todos os grupos etários, raciais e étnicos, e em todas as idades gestacionais.(8) Atualmente, um terço dos nascimentos nos EUA são por cesariana, o que ultrapassa em larga escala as atuais recomendações. (4,7,8)

Em 2008, Portugal pertencia ao grupo de países com as taxas mais altas de cesarianas, apresentando uma taxa de cesarianas de 34%, e contribuiu 0.3% para o número total de cesarianas consideradas desnecessárias, a nível mundial, nesse mesmo ano.(9)

Em 2010, a taxa de cesarianas registada em todo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), referente apenas ao sector público, foi de 31.0%. Estes valores consideram-se ser superiores ao aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS), visto a cesariana sem indicação técnica acarretar riscos acrescidos para a mãe e para o feto. Foi deste modo criada a 5 de Março de 2013, uma comissão nacional para a redução da taxa de cesarianas, em Portugal.(10)

Segundo um estudo publicado, entre 2009 e 2014, houve uma redução de 10% na taxa de cesarianas em Portugal, sublinhando que nos hospitais públicos esta redução foi de 14%.(11)

A cesariana consiste na realização de uma laparotomia, com a posterior extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas + 0 dias de gravidez. (12) É o procedimento cirúrgico mais comum nos EUA, alcançando os 1.5 milhões/ano.(3,5)

Os EUA são o quarto país com uma taxa mais alta de cesarianas, com 32.3% de cesarianas. Apenas a Itália, Turquia e Coreia apresentaram valores mais altos, com taxas de 40%, 36% e 35% respetivamente. (5)

O tipo de parto em mulheres com cesarianas anteriores varia substancialmente de um país para outro.(13)

Contrariamente ao que se observa na taxa de cesariana, os EUA são, entre os países industrializados, o país com a taxa mais baixa de PTPAC, nomeadamente, 9%. Em

comparação, a taxa de PTPAC em França é cerca de quatro vezes superior à dos EUA, e a dos Países Baixos é aproximadamente seis vezes superior à dos EUA.(5)

Na Europa, as taxas de PVAC variam amplamente, e têm diminuído consideravelmente nos últimos anos, com taxas significativamente mais baixas em Portugal e Espanha (20-30%), do que na Suécia (45-55%).(14)

A PTPAC e PVAC, foram as únicas medidas que até à data, tiveram impacto significativo na diminuição das cesarianas, de modo que o seu abandono tem contribuído para o aumento do número total de cesarianas. As razões por detrás desta tendência são variadas e complexas, no entanto, a sensação de insegurança médica na PTPAC e PVAC tem sido uma das razões frequentemente citadas. (3)

Contudo, embora a cesariana de repetição contribua significativamente para o aumento da taxa total de cesarianas, é a cesariana primária que mais contribui para este aumento. Assim, de modo a criar impacto na taxa total de cesarianas, torna-se necessário controlar primariamente a taxa de cesarianas primárias, e continuar a oferecer à grávida com antecedente de cesariana, a possibilidade de PTPAC. (5,8,15)

A OMS recomenda que 15% é a taxa ideal de cesarianas, já o Healthy People 2020 USA nos seus objetivos recomendam a diminuição da taxa de cesarianas primárias para os 23.9% e que a taxa de PVAC aumente para os 18.3%.(16)

A PTPAC, é atualmente uma opção considerada aceitável e razoável para muitas mulheres.(17) Tal como demonstrado em muitos estudos nacionais e internacionais, entre 60-80% das grávidas com uma única cesariana anterior podem ter um parto vaginal na gravidez seguinte, sem que exista um aumento significativo da mortalidade materna ou neonatal.(18)

De modo a incentivar a realização do PVAC, torna-se importante salientar as desvantagens das cesarianas, a curto e a longo prazo, tanto para a mãe, como para o recém-nascido (RN). Para a mãe, a curto prazo, há um maior tempo de internamento pós-parto, um maior risco de mortalidade materna, rutura uterina, lesão cirúrgica, infeções, trombose venosa profunda (TVP), e de necessidade de transfusão sanguínea e histerectomia. (1,15,17)

A longo prazo, há um maior risco de localização anormal da placenta, gravidez ectópica, dor crónica e a presença de aderências, consequência da cirurgia abdominal repetitiva.(1)

Para o RN, a curto prazo, há um maior risco de morbidade respiratória, e também de interferência com o contacto inicial mãe-RN e um atraso na iniciação da amamentação.(1,6)

A longo prazo, há ainda um risco acrescido de desenvolver doenças crónicas, como a Asma.(1)

A tabela 1 resume as principais consequências da Cesariana, comparativamente ao Parto Vaginal. (1,5,6,15,17)

## Parto Vaginal após Cesariana

Tabela 1: Comparação das consequências da Cesariana vs. Parto Vaginal.

Consequências/parto	Parto Vaginal	Cesariana
Risco de Ruptura Uterina	Aumentado	Diminuído
Dor pós-parto	Diminuída	Aumentada
Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica	Aumentado	Diminuído
Mortalidade Materna	Diminuída	Aumentada
Mortalidade perinatal, neonatal e fetal	Aumentada	Diminuída
Lesão Cirúrgica	Diminuído	Aumentado
Histerectomia	Diminuído	Aumentado
Risco de Infecção	Diminuído	Aumentado
Trombose Venosa Profunda	Diminuído	Aumentado
Necessidade de Transfusão Sanguínea	Diminuído	Aumentado
Contacto inicial Mãe-RN	Aumentado	Diminuído
Morbilidade respiratória do RN	Diminuído	Aumentada
Tempo de Internamento	Diminuído	Aumentado
Anormalidades na localização da placenta em futuras gravidezes	Diminuído	Aumentado

## 2. Objetivos

Dado que a relação dos benefícios/inconvenientes do parto vaginal parecem suplantar os da Cesariana, mesmo em parturientes com antecedente de cesariana, motivou-nos o estudo do parto por via vaginal e à presente revisão descritiva. Assim, os objetivos do presente trabalho foram:

- 1) Revisão descritiva da literatura sobre os fatores de risco para cesariana, e das condições necessárias para haver um parto vaginal após uma cesariana.
- 2) Com base na literatura tentar definir estratégias para incentivar o parto vaginal após a cesariana.

### **3. Metodologia**

Para a elaboração deste trabalho foi feita uma pesquisa bibliográfica através da base de dados PubMed, entre Outubro de 2016 a Dezembro de 2016, utilizando os termos de pesquisa “PVAC” e “Cesariana”. Foram excluídos todos os artigos que não se enquadrassem no período de publicação pesquisado (últimos 10 anos anteriores à pesquisa), artigos que tivessem sido publicados em outro idiomas que o Inglês, artigos repetidos em publicações diferentes, ou artigos a que não tivéssemos acesso.

Após aplicação destes critérios de exclusão, foi realizada a leitura dos artigos selecionados, dos quais só os de maior relevância foram utilizados para a elaboração deste trabalho.

Além dos artigos referidos, outras referências foram incluídas na realização desta revisão bibliográfica, das quais se destacam a pesquisa de normas de orientação da Direção-Geral da Saúde.

## 4. Fatores de risco para cesariana

### 4.1 Cesariana prévia

Uma cesariana prévia não constitui, por si só, uma indicação para nova cesariana em gestações subsequentes. (18) Contudo, a probabilidade de ocorrer aumenta.

- Indicação recorrente ou não recorrente

Uma indicação não recorrente numa cesariana anterior, como um caso de má apresentação fetal (pélvica) ou a presença de uma placenta prévia, é mais favorável à ocorrência de PVAC, nomeadamente entre 75-85% de probabilidade de sucesso, comparativamente a uma indicação recorrente ou mecânica, cuja probabilidade de sucesso é 65-75% para atraso da dilatação entre os 5-9cm, e apenas 15% com o atraso da descida.(5)

Verifica-se deste modo que uma indicação recorrente na cesariana anterior, está associada a uma maior probabilidade de vir a repetir o parto por cesariana, do que uma indicação não recorrente.(2) Assim, deve-se considerar a presença de uma indicação recorrente em um parto anterior, como um fator de risco para repetição de cesariana.

- Número de cesarianas anteriores

O número de cesarianas realizadas anteriormente, influencia bastante a probabilidade de uma grávida repetir a cesariana. Uma razão frequentemente mencionada, é o facto de o risco de rutura uterina aumentar consoante o número de cesarianas anteriores. Contudo, este aumento é relativamente pequeno quer para mulheres com apenas uma cesariana, como para mulheres com múltiplas cesarianas anteriores.(5)

Contudo, apesar deste aumento ser pequeno, está recomendado que mulheres com duas cesarianas anteriores possam ainda fazer PTPAC, e que mulheres com três ou mais cesarianas anteriores, façam uma cesariana de repetição.(5,13,17)

- Tipo de incisão

O tipo de incisão feita na cesariana anterior, está associado à probabilidade de ocorrer uma rutura uterina, e conseqüentemente a necessidade de realizar cesariana de repetição.(1)

O risco de rutura uterina, com uma cicatriz transversa baixa, é o mais baixo de todos, sendo inferior a 1%, enquanto que na cicatriz vertical baixa corresponde a 2%. No entanto, se a cicatriz for de tipo clássica ou em forma de T, o risco de rutura uterina já é mais alto, encontrando-se entre os 4-9%.(5,17)

Existe ainda a possibilidade de a cicatriz ser de tipo desconhecido, contudo a probabilidade de esta ser do tipo transversa baixa é alta, pois é o tipo de incisão mais frequentemente

realizado. Assim, neste caso o risco de ruptura uterina é semelhante ao da cicatriz transversa baixa, nomeadamente de 0.5%.(5,17)

Segundo o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (CAGO), é recomendado a realização de cesariana, quando a cicatriz é de tipo clássica ou em forma de T.(17) Já no caso de uma cicatriz vertical baixa, ou mesmo de tipo desconhecido, não é considerado contra-indicação a PTPAC, a menos que haja um alto nível de suspeita que a mesma seja do tipo clássica. (5,17)

Quando a grávida apresenta uma cicatriz transversa baixa, é quando o PVAC é mais fortemente recomendado.(2)

## **4.2 Doenças maternas**

Existem determinadas patologias maternas que contra-indicam a realização de parto vaginal, como é o caso de uma grávida seropositiva para VIH com um elevado número de cópias virais, uma infeção herpética genital ativa, trombocitopenia, doença cardiovascular ou pulmonar grave, doença inflamatória intestinal com envolvimento anal ou vaginal, e um carcinoma invasor do colo.(12,19)

Eclampsia com um índice de Bishop desfavorável, é também uma indicação para a realização de cesariana.(12) No entanto, a presença de Pré-eclampsia no momento do parto está apenas associada a uma menor probabilidade de sucesso do PVAC.(2)

Outros fatores de risco para cesariana são também a presença de Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus, Asma, Epilepsia, Doença Renal, e Doença da Tireoide.(1,3)

## **4.3 Anomalia fetal**

Existem determinadas anomalias no feto que contra-indicam a realização de parto vaginal, como é o caso da presença de um mielomeningocele, hidrocefalia com macrocefalia, defeitos da parede abdominal com exteriorização hepática, teratoma sacrococcígeo volumoso.(12)

## **4.4 Ausência de parto vaginal prévio**

Mulheres que nunca fizeram um parto vaginal têm uma maior probabilidade de vir a repetir a cesariana.

A ausência de um parto vaginal anterior, reduz significativamente a probabilidade ter um PVAC com sucesso, pelo elevado risco de ruptura uterina neste grupo de mulheres.(1,5)

Quanto maior o número de PVAC anteriores, maior a probabilidade de sucesso do PVAC. Assim, uma grávida sem um PVAC anterior, tem uma probabilidade de 63.3% de ter um PVAC bem sucedido, enquanto uma grávida com quatro PVAC anteriores tem uma probabilidade de 91.6%.(4)

## **4.5 Rutura uterina prévia**

O principal fator responsável por uma cicatriz uterina, é ter sido feita uma cesariana anteriormente, principalmente em países desenvolvidos.(13)

Quando existe uma história de rutura uterina, a grávida deve ser abordada da mesma forma que mulheres com uma cesariana clássica anterior e, desta forma, devem repetir a cesariana às 36-37 semanas. (2,15)

Devido à existência de um risco acrescido de rutura uterina, nomeadamente entre 6-32% consoante a rutura anterior atingiu ou não a porção contráctil do útero, mulheres com uma prévia rutura uterina não são consideradas candidatas a PTPAC. (2,15)

A rutura uterina, é a separação por completo de todas as camadas do útero, com ou sem expulsão de conteúdo (placenta e/ou partes fetal) para dentro da cavidade peritoneal materna, é um acontecimento raro e ao mesmo tempo catastrófico.(5,17)

A rutura uterina pode levar à necessidade de transfusão sanguínea, histerectomia, e até mesmo morte ou incapacidade a longo prazo.(17) A morte materna, é a consequência mais grave de todas, contudo é rara, correspondendo a aproximadamente 1 morte/500 ruturas uterinas.(5)

Pelo facto de a rutura uterina ser um acontecimento mais comum em mulheres que fazem PTPAC, comparativamente a cesariana de repetição, é recomendado a realização de cesariana quando existe uma história de rutura uterina.(5,17)

## **4.6 Cirurgia uterina prévia**

Uma mulher que fez uma cirurgia uterina envolvendo o miométrio, tem um risco de rutura uterina aumentado.(18) Deste modo, é considerado como indicação para realização de cesariana, uma mulher com uma história de extensa cirurgia uterina, o que inclui, antecedentes de duas cirurgias anteriores, de uma cesariana anterior com histerotomia corporal, miomectomia ou cirurgia de reconstrução uterina envolvendo toda a espessura do miométrio, e ainda uma rutura uterina prévia. (12,17)

## **4.7 Curto intervalo de tempo entre gestações**

Quando uma gestação ocorre nos 18-24 meses subsequentes à gestação anterior, é considerado um curto intervalo de tempo entre gestações.(17) Nesta situação o risco de ruptura uterina está aumentado (1,5), e apesar de um curto intervalo de tempo entre gestações não ser uma contraindicação para a PTPAC, a sua probabilidade de complicações é maior, e conseqüentemente maior será a probabilidade de necessitar de fazer uma cesariana de repetição.(2,17)

## **4.8 Anormalidades na localização da placenta**

Dentro dos fatores de risco para cesariana, estão também presentes as anormalidades na localização da placenta, e dentre elas podemos destacar a placenta prévia e a placenta acreta.(12) São deste modo, acontecimentos frequentemente associadas à realização de múltiplas cesarianas de repetição.(15)

Sendo a localização anormal da placenta considerada uma contraindicação ao parto vaginal (17), afigura-se importante considerá-la como um fator de risco para a realização de cesariana.

## **4.9 Distocia**

O conceito de distocia refere-se a um TP estacionário em que não se verifica progressão da dilatação cervical em qualquer um dos seus estadios, sendo estes a fase de latência, fase ativa (primeiro estadio do TP) e o período expulsivo (segundo estadio do TP).(20)

Um trabalho de parto estacionário, consequência de distocia dinâmica, distocia mecânica, ou a tentativa frustrada de parto auxiliado com ventosa ou fórceps, são consideradas indicações à realização de cesariana (12), e atualmente como a causa mais frequente de cesariana em TP. (8,20)

Contudo, se for possível contemplar a parturiente com pelo menos 4 h de contrações adequadas na fase ativa do trabalho de parto antes de prosseguir para cesariana em vez de apenas 2h, o número de cesarianas por falha de progressão pode ser reduzido sem quaisquer resultados adversos maternos e perinatais.(16) De notar que a analgesia epidural permite alongar o tempo da 1º fase do parto de forma confortável.

Sabe-se ainda, que mulheres com cesarianas anteriores, realizadas por indicação de distocia, têm menores chances de fazer um PVAC, se o peso do feto atual for superior ao peso do feto que teve indicação de distocia.(2) Logo, a presença de distocia aparece aqui como um fator de risco para cesariana.

#### **4.10 Macrossomia/Desproporção céfalo-pélvica**

Considera-se macrossomia fetal, quando na presença de um peso fetal superior às 4000 gramas (g). (2)

A macrossomia fetal e uma gestação pós-termo, não são consideradas contra-indicação ao PVAC. No entanto, há um aumento do risco de rutura uterina consoante a estimativa de peso fetal(1), facto que deve ser comunicado à grávida quando realiza uma PTPAC. (5)

Mulheres com um feto macrossómico têm menor probabilidade de PVAC, do que mulheres com um feto normossómico.(2,3) Contudo, as taxas de sucesso vão desde os 68% para um mulher com um feto com menos de 4000 g, até aos 38% para fetos com mais de 4500 g.(5)

Assim, a cesariana deve ser considerada quando há suspeita de macrossomia e também de desproporção céfalo-pélvica, de modo a prevenir distocia e suas consequências. Esta suspeita pode ser estabelecida antes do trabalho de parto ou mesmo no seu início.(12,16)

#### **4.11 Apresentação fetal**

Situação ou apresentação fetal anómala é considerado indicação para a realização de cesariana. Isto inclui uma situação transversa em trabalho de parto, apresentação pélvica, e apresentação de face com mento posterior. (12)

Nas situações fetais anómalas pode ser feita uma versão cefálica externa (VCE) se, outros fatores como volume de líquido amniótico, tamanho fetal e localização da placenta forem favoráveis para tal. Isto pode ser feito, sem haver aumento do risco de rutura uterina durante a manobra, e com alta probabilidade de sucesso no PVAC subsequente.(15)

A realização de VCE no decurso no TP é possível desde que as membranas se encontrem intactas. Deste modo, a VCE deve ser oferecida a todas as grávidas em que, a partir das 36 semanas + 0 dias, o feto se encontre posicionado em situação transversa ou em apresentação pélvica, e sem a existência de qualquer contra-indicação à sua realização.(21)

Assim, nas gestações em que o feto não se encontre em apresentação cefálica, a VCE vêm aumentar a possibilidade de ocorrer um parto vaginal, reduzindo-se desta forma a taxa de cesarianas.(21)

## 4.12 Estado fetal não tranquilizador intraparto

Um estado fetal não tranquilizador anteparto ou intraparto, demonstrado através de um cardiotocograma patológico ou suspeito com eventos ST, é uma das indicações mais comuns para a realização de cesariana. (8,12)

Anormalidades na frequência cardíaca fetal (FCF), registadas por cardiotocografia, tal como a bradicardia fetal, são o sinal mais comum de apresentação da rutura uterina. Como tal, pelo facto de 70% dos casos de rutura uterina estarem associados ao surgimento de anormalidades na FCF, o CAGO recomenda a monitorização continua da mesma.(17) Afigura-se deste modo importante, considerar estas anormalidades como um potencial fator de risco para a eventual necessidade de realizar cesariana.

## 4.13 Gravidez múltipla

Na situação de gravidez gemelar, é menos provável que a mulher queira tentar fazer um PVAC, comparativamente a mulheres com uma gravidez de um único feto. No entanto, a probabilidade de sucesso do PVAC, o risco da ocorrência de uma rutura uterina, ou mesmo de morbilidade materna, é igual em ambas (única ou múltipla).(2,5,15)

Mulheres com uma cesariana transversa baixa feita anteriormente, e que sejam consideradas candidatas apropriadas para um parto vaginal de gémeos, devem ser consideradas boas candidatas para a PTPAC, sem incorrerem num elevado risco de rutura uterina.(2,5)

Contudo, é considerado como indicação para a realização de cesariana, qualquer gravidez múltipla com o primeiro feto em apresentação pélvica.(12)

## 4.14 Necessidade de indução do trabalho de parto

A indução do trabalho de parto parece contribuir para o aumento do número de cesarianas(1), tanto que, nas últimas duas décadas registou-se um paralelo aumento na indução do trabalho de parto e no número de cesarianas. (8)

Num estudo verificou-se que 44% das mulheres que tentaram PVAC tiveram indução, e neste grupo, o número de cesarianas duplicou, em relação ao grupo que teve um trabalho de parto espontâneo.(8) Pode-se então assumir que partos induzidos, têm menores probabilidade de atingir um PVAC com sucesso, em comparação às mulheres com a mesma idade gestacional em trabalho de parto espontâneo.(2,3,15)

Além disso existe um aumento do risco de rutura uterina, de aproximadamente 1%, com a indução do trabalho de parto, comparativamente ao trabalho de parto espontâneo, em que o risco de rutura é aproximadamente 0.5%. (1,5)

Assim, a indução vem aumentar moderadamente o risco de parto por cesariana e duplicar o risco de rutura uterina, quando comparada com o parto espontâneo.(13)

Os médicos são incentivados a esperar pelo trabalho de parto espontâneo em mulheres que querem fazer PTPAC. Contudo, algumas mulheres necessitaram de indução, quer por indicações médicas ou obstétricas.(15)

A necessidade de recorrer à maturação cervical ou de indução do TP deve ser avaliada caso a caso, devendo-se ter em consideração o estado de saúde materno e fetal, os riscos que o prolongamento da gravidez podem vir a trazer para ambos, a idade gestacional, a avaliação do colo e da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetal.(22)

É considerado como indicação para a realização de cesariana, uma tentativa frustrada de indução do trabalho de parto, que consiste na utilização de meios farmacológicos e/ou mecânicos para induzir o trabalho de parto sem que se consiga atingir a fase ativa do TP, ou seja, os 4 cm de dilatação.(12,22)

Na generalidade, a probabilidade de vir a haver uma cesariana, após indução do trabalho de parto, aumenta aproximadamente 1.5 vezes, comparativamente ao trabalho de parto espontâneo, pelo que qualquer indução médica do trabalho de parto deve ser devidamente ponderada.(17)

#### **4.15 Obesidade materna**

A obesidade materna, definida por um índice de massa corporal (IMC)  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>, é considerada uma epidemia a nível nacional e, está associada a um aumento significativo do risco de várias complicações obstétricas, tal como a deiscência ou rutura uterina, e ainda um risco aumentado de parto por cesariana. (1,7)

Obesidade materna está, deste modo, fortemente associada à taxa de cesarianas em nulíparas (16) e a uma menor probabilidade de sucesso do PVAC.(2,3)

#### **4.16 Idade gestacional**

Apesar de a probabilidade de sucesso ser menor em gestações mais avançadas no tempo, uma idade gestacional superior a 40 semanas, isoladamente, não deve impedir a realização de PTPAC.(2) Contudo, sabe-se que uma idade gestacional superior a 40 semanas, está associada a uma menor probabilidade de sucesso do PVAC e a um risco aumentado de rutura uterina.(1,3,5) Deve-se considerar uma idade gestacional superior a 40 semanas como um fator de risco para a repetição de cesariana.

#### **4.17 Idade materna avançada**

A taxa de cesarianas também varia consoante a idade materna. (8,16) Mulheres com menos de 20 anos de idade apresentam uma taxa de cesariana de 23.1%, enquanto mulheres com mais de 40 anos de idade apresentam uma taxa de 49.5%. (8) É no entanto, a partir dos 35 anos de idade que o risco de rutura uterina mais aumenta. (5,7)

Assim, grávidas com uma idade avançada vão ter menores probabilidades de ter um PVAC com sucesso, e conseqüentemente maior probabilidade de realizar uma cesariana. (2)

## 5. Condições necessárias para haver um parto vaginal após uma cesariana

### 5.1 Seleção das candidatas apropriadas a PVAC

Consideram-se boas candidatas à PTPAC programado, mulheres em que o balanço dos riscos, mais baixos possíveis, e benefícios, mais altos possíveis, são aceitáveis tanto para a mulher como para o médico. Contrariamente, aquelas com alto risco de complicações, como o caso de mulheres com uma cesariana previa clássica ou em “T”, história de rutura uterina e de extensa cirurgia uterina, e ainda aquelas em que o parto vaginal está contraindicado, não são na generalidade candidatas à PTPAC programado. (2)

A tentativa de PTPAC deve ser considerada nas seguintes situações: (18)

- Uma cesariana segmentar transversal anterior
- Feto único em apresentação cefálica
- Última cesariana há mais de 12 meses
- Inexistência de outras cicatrizes uterinas envolvendo o miométrio
- Inexistência de rutura uterina prévia
- Sem contraindicações para o parto vaginal na presente gravidez (exemplos: placenta prévia, herpes genital ativo)

Torna-se difícil prever quais são as melhores candidatas para uma PTPAC, contudo, são fatores de prognóstico favorável para PVAC: (1,15,18,23)

- Cesariana anterior por uma indicação não recorrente (de que são exemplos a apresentação pélvica, gravidez gemelar, estado fetal não tranquilizador)
- Parto vaginal anterior (antes ou depois da cesariana)
- Apenas uma cesariana transversa baixa prévia
- Idade materna inferior a 35 anos
- Início espontâneo do trabalho de parto
- Colo uterino favorável (índice de Bishop >6)
- Parto pré-termo
- Peso corporal materno normal (IMC inferior a 30 kg/m<sup>2</sup>)
- Estimativa de Peso fetal < 4000g
- Boa Dilatação cervical à admissão ou rutura de membranas
- Raça Caucasiana

## 5.2 Recursos hospitalares e humanos

Segundo o CAGO, a PTPAC e consequentemente o PVAC, só deve ser feito em hospitais com equipas médicas treinadas e recursos estruturais e humanos imediatamente disponíveis, caso seja necessário prestar cuidados de emergência, como a realização de uma cesariana. (15,17,18,24)

Em caso de compromisso materno-fetal, 30 min é o tempo considerado limite para reunir uma equipa e, começar a laparotomia de urgência. No entanto, isto nem sempre é possível, principalmente em hospitais mais pequenos. (17,24)

Quando os recursos para esta resposta imediata não se encontram disponíveis, apesar de ainda não ser totalmente claro o significado do termo imediato, é recomendada a discussão entre o médico e paciente, sobre os recursos do hospital e a disponibilidade de uma equipa, que no mínimo inclua obstetra, anestesista, pediatra e enfermeira da unidade de obstetrícia. Mesmo assim, deve ser aceite, que o paciente queira prosseguir com esta opção, mesmo com um nível de risco aumentado. (15,17,24)

De modo a permitir o planeamento do parto com outro médico e outro hospital, caso os recursos necessários não estejam disponíveis no local, a opção de PTPAC deve ser oferecida antecipadamente, durante o curso de preparação para o parto. (2,15,23)

Para decisão sobre a via do parto a grávida deve ser esclarecida das vantagens e riscos associados ao parto vaginal, à PTPAC e à cesariana eletiva. (18) A decisão de fazer ou não uma PTPAC, deve ser tomada em conjunto entre médico e a grávida, preferencialmente no oitavo mês de gestação, e devidamente documentada no diário clínico, com as devidas razões, data, e nome do médico obstetra. (13,17)

Tal como indicado na norma da DGS relativa ao PVAC, deve ser obtido e registado no processo clínico o consentimento informado da grávida.(18)

## 5.3 Correta vigilância intraparto

À admissão, deve ser feita a revisão juntamente com a grávida, dos riscos e benefícios de prosseguir com o PVAC. Deve também verificar se o nível de risco obstétrico se alterou, ou se o paciente mudou de opinião. Esta revisão deve posteriormente ser documentada no diário clínico.(23)

É importante, que à admissão, seja feita a notificação da equipa de anestesiologia, de pediatria, e da equipa do bloco operatório, na eventualidade de ser necessário proceder com uma cesariana.(23)

As normas requerem a presença de um obstetra e um anestesiológista durante a fase ativa do trabalho de parto, e que a gestão do trabalho de parto seja apenas da responsabilidade do médico, e não das enfermeiras do bloco de partos.(6) Adicionalmente, todos os membros do equipa, devem prestar atenção a possíveis sinais de rutura, devendo o médico ser avisado se houver sinais de rutura.(13)

Existem certos passos que podem ser tomados intraparto, de modo a otimizar a segurança da mãe e do feto. A todas as mulheres que fazem PTPAC está preconizado:(15,18)

- Acesso intravenoso
- Avaliação laboratorial inicial com um hemograma completo, tipagem e rastreio, para verificar a disponibilidade de produtos sanguíneos, caso necessário.
- Consulta de anestesiologia, considerando a possibilidade de vir a realizar cesariana, e o respetivo consentimento assinado de autorização.
- *Nil per os*, de modo a minimizar complicações anestésicas, caso seja necessário realizar uma cesariana de emergência, com o recurso a uma anestesia geral.
- Monitorização Cardiotocográfica Contínua (monitorização interna não é necessária, quando se consegue monitorizar externamente).
- Monitorização materna com vigilância horária dos sinais vitais e da progressão do trabalho de parto.

Relativamente à vigilância do progressão do trabalho de parto (TP), segundo a norma da Direção-Geral da Saúde (DGS), a necessidade de maturação cervical ou de indução do TP deve ser ponderada nas mulheres com uma cesariana anterior quando na presença de razões clínicas (maternas e/ou fetais) que a justifiquem, quando estão asseguradas as condições de segurança preconizadas (monitorização cardiotocografica continua, monitorização dos sinais vitais maternos e da progressão do trabalho de parto, existência de recursos estruturais e humanos necessários para a realização de uma cesariana emergente), e ainda quando são tidas em consideração as limitações da utilização de meios farmacológicos e/ou mecânicos para indução do TP.(18,22)

Mulheres com cesariana anterior em que a indução do TP é feita através de meios mecânicos não aparentam ter maior número de complicações maternas. Assim, o recurso a estas técnicas devem ser considerado como uma alternativa segura na maturação do colo do útero ou na indução do TP em mulheres com uma prévia cesariana.(18) Estas técnicas devem todas ser antecedidas de obtenção e registo do consentimento informados da grávidas.(22)

De notar que, a utilização de misoprostol em mulheres com uma cesariana anterior está contraindicada, por estar associada a um aumento significativo do risco de rutura uterina.(18)

## **6. Estratégias para incentivar o parto vaginal após a cesariana**

As principais razões para que a PTPAC/PVAC, sejam uma prática tão difícil de implementar, ainda estão pouco esclarecidas, no entanto, um conjunto de questões relacionadas com a segurança materna e fetal, e o medo de acusações de má prática, aparecem como uma grande barreira.(3)

Ao mesmo tempo, as oportunidades para tentar realizar um PVAC estão a diminuir, maioritariamente devido a políticas hospitalares restritas ou, a falta de vontade por parte dos profissionais de saúde, em fazer uma PTPAC.(3)

Para mulheres que desejam ter um parto vaginal, a PTPAC proporciona-lhes a oportunidade de ter um PVAC. Para além de satisfazer a preferência do paciente, a um nível individual o PVAC está associado a menor morbilidade materna, e um menor risco de complicações em futuras gravidezes.(2)

Desde que excluídas as contra-indicações para o parto vaginal na grávida com cesariana anterior e garantido o acompanhamento adequado na gravidez, deve ser dada à mulher a possibilidade do parto vaginal.(18)

Infelizmente, mulheres com cesarianas anteriores, referem que é bastante difícil obter informação relativamente ao PVAC, tendo de ativamente procurá-la, o que é entristecedor visto a quantidade de estudos que já nos mostraram o quão importante é a educação e aconselhamento das mulheres no período pré-natal.(25)

A prova de trabalho de parto (PTP), é uma opção aceitável para muitas grávidas com uma cesariana transversa baixa prévia.(1)

Estima-se que em 2020, a taxa global de cesarianas será 56.2%, e haverá adicionalmente 6236 placentas previas, 4504 placentas acretas, e 130 mortes maternas, anualmente. Afigura-se deste modo, a urgência desta questão, (6,16,25) e do desenvolvimento de estratégias que incentivem o PVAC.

### **6.1 Educação e acompanhamento da grávida**

Mulheres que fizeram uma cesariana são frequentemente confrontadas com a decisão se devem ou não ter parto por via vaginal.(26)

Na generalidade, a taxa de sucesso do PVAC é 60-80%, e a maioria das mulheres com a história de uma, ou duas cesarianas transversas baixas, são boas candidatas ao PVAC, devendo por isso ser devidamente aconselhadas a fazer uma PTPAC, após apropriada discussão dos

riscos e benefícios implicados no PVAC, de modo a assegurar o melhor cuidado possível, tanto para a mãe como para o RN.(5,17)

A educação e o acompanhamento da grávida, são uma ótima estratégia, e um bom incentivo à realização de PVAC. Contudo, os riscos e benefícios do parto vaginal e da cesariana, são complexos e difíceis de prever com o tempo. Uma discussão breve, é provavelmente inadequada para a maioria das grávidas, devendo-se disponibilizar o tempo suficiente para que o casal entenda os benefícios da PVAC e esclareça todas as dúvidas. (8)

Afigura-se importante, a possibilidade de a mulher discutir a opção de PVAC com o seu médico, no entanto, a decisão final deve ser tomada em conjunto, com o seu médico e, sempre que possível, a preferência a mulher valorizada e respeitada.(1,17)

Adicionalmente, os médicos deveriam conseguir identificar as mulheres que seriam boas candidatas à PTPAC, e oferecer um bom aconselhamento a mulheres que estão a considerar fazê-lo.(15)

## **6.2 Grupos de apoio**

Aulas de relaxamento e preparação para o parto, são uma oportunidade para conhecer mulheres que possam beneficiar de PVAC, e possivelmente um contributo à redução das cesarianas.(19) Grupos de psico-educação para mulheres com medo do parto, também podiam ser tentados em mulheres com cesarianas anteriores.(25)

Num estudo randomizado no Irão de 200 mulheres nulíparas com 20 semanas de gestação, houve uma redução do número de cesarianas naquelas que frequentavam aulas de preparação para o parto, em comparação ao grupo controle.(8) A correta educação e acompanhamento das grávidas, parece ser uma ótima estratégia de incentivar/aumentar o PVAC.

## **6.3 Comunicação de riscos e benefícios**

A razão risco-benefício, considerando os riscos a curto e longo prazo de complicações maternas, é favorável à PTPAC na maioria dos casos, em comparação à cesariana de repetição.(13)

As vantagens e os riscos do parto vaginal após cesariana devem ser incluídos na informação veiculada durante a vigilância da gravidez. (18) Adicionalmente, estudos sugerem que a forma como os riscos são apresentados e comunicados à mulher, têm bastante impacto na decisão da mulher.(1)

Os riscos associados à PTPAC são raros, mas, no entanto, devem ser tomados em consideração. (5)

A PTPAC em mulheres com uma gestação de termo, feto único, em posição cefálica e com uma cesariana transversa baixa prévia, tem um risco de ruptura uterina e de complicações perinatais muito baixa (cerca de 3/1000 mulheres).(18)

Contudo, apesar de ser um acontecimento raro, a ruptura uterina é uma das complicações mais graves e temidas da PTPAC, que pode levar à morte e incapacidade a longo prazo, sendo facilmente prevenível com a realização de cesariana.(1,5,6,17)

A ruptura uterina, está associada a um maior risco de transfusão sanguínea, histerectomia periparto, laceração da bexiga e encefalopatia hipóxico-isquêmica do RN. No entanto, a incidência destas complicações quando o parto ocorre em hospitais bem equipados é muito baixa. (18)

A encefalopatia hipóxico-isquêmica do RN, ocorre com uma probabilidade de 8/10,000. Os resultados a longo prazo desta complicação ainda são desconhecido,(17) no entanto, esta lesão neurológica é uma das mais sérias complicações e, como seria de esperar, uma das razões major para a relutância na escolha de PTPAC, quer pelos médicos como pelas grávidas.(1)

Comparativamente à cesariana de repetição, no PVAC há um maior risco de mortalidade perinatal, neonatal e fetal,(1) e ainda de necessidade de ventilação, intubação por aspiração de mecônio, e sepsis neonatal.(13)

Por outro lado, a cesariana de repetição pode aumentar o risco de graves complicações para a mãe como, lesão cirúrgica, infeções, trombose venosa profunda e a necessidade de transfusão sanguínea, e histerectomia em futuras gravidezes.(15,17)

Durante uma PTPAC aumenta a morbidade materna quando, por falha em conseguir o parto vaginal, é necessário realizar uma nova cesariana. Uma cesariana no decurso de uma PTPAC está associada a maior incidência de complicações maternas do que uma cesariana eletiva.(18) Na realidade, há muitos poucos casos de complicações, em mulheres que tiveram um PVAC bem-sucedido.(15)

Na verdade, o risco de ocorrer uma emergência obstétrica durante o PTPAC é baixo, e não maior que a probabilidade de ocorrer em parto vaginal não precedido de cesariana.(6) Contudo, se for necessário realizar uma cesariana de emergência, é importante que a mulher saiba que, o risco de lesões cirúrgicas, complicações infecciosas, e hemorrágicas, que impliquem histerectomia ou transfusões sanguíneas, aumenta.(13)

O aconselhamento informado com o médico, também deve incluir o potencial impacto positivo que o PVAC tem, nomeadamente no bem-estar emocional da mãe, incluindo um fortalecimento materno-infantil, e no aumento da imediata ligação entre mãe e filho. Adicionalmente, o PVAC reduz o risco de morbidade respiratória neonatal, quando comparado com cesariana de repetição (2-3% vs. 3-4%). Há ainda uma iniciação antecipada da

amamentação, um menor tempo de internamento, uma recuperação mais rápida, e claro, a possibilidade de o pai assistir ao parto.(1,6) O risco de mortalidade materna, é também menor no PVAC, quando comparado à cesariana de repetição.(1,19)

Uma das consequências de múltiplas cesarianas de repetição, é uma maior tendência à localização e crescimento anormal da placenta em gestações subsequentes. Logo, quando se considerar que tipo de parto vai fazer, a mãe deve ter em conta os seus planos para o futuro, pois uma cesariana de repetição implica um aumento do risco de uma placenta anormal numa próxima gravidez. (1,15)

Salienta-se que precisamos tirar o tempo necessário para discutir com as nossas grávidas, os riscos e benefícios da PTPAC e, da cesariana de repetição, de modo que a autonomia e a segurança do paciente possam ser respeitadas e mantidas.(6)

Torna-se importante manter sempre em mente que, o médico tem uma grande influência na escolha do casal, da via de parto.(6) Assim, a chave para o sucesso do PVAC passa exatamente por uma boa relação medico-paciente, e acima de tudo uma comunicação clara e precisa entre ambos, de modo a que esta decisão seja tomada sem que fique qualquer dúvida pendente.

#### **6.4 Melhorar o atual clima médico-legal**

Uma das principais barreiras ao PVAC, é a falta de acesso à PTPAC e, muitas mulheres são frequentemente programadas para cesariana de repetição, quando na verdade, seriam boas candidatas ao PVAC. (6,7)

Apesar de muitas mulheres estarem disponíveis a aceitar riscos acrescido, de forma a evitar fazer intervenções desnecessárias, apenas menos de metade das mulheres com uma cesariana anterior, interessadas em realizar PTPAC, consegue encontrar um médico disponível para a ajudar, facto fortemente associado ao clima médico-legal que se vive atualmente (6). Desde 1996 que, um terço dos hospitais e metade dos médicos deixaram de oferecer PTPAC. (1,6)

Assim, a responsabilidade médica implícita na PTPAC, têm um grande impacto na vontade, tanto dos médicos como dos hospitais, de oferecer esta opção, contribuindo desta forma para as baixas taxas de PVAC.(1,5)

Estas preocupações surgem, devido ao receio de que eventos catastróficos associados à PTP, possam levar a processos em tribunal de lesão materna/fetal, independentemente se há ou não consentimento informado assinado.(1)

Estudos revelam que, melhorias modestas no clima médico-legal que atualmente se vive, podem resultar num aumento do PVAC e na redução das cesarianas de repetição.(1)

Contudo, é importante não esquecer que, a melhor defesa que um médico pode apresentar, quando sujeito a uma queixa em tribunal, é um processo clínico bem documentado e a prática de medicina ao nível mais alto de qualidade.(27) Aproximadamente 80% das queixas relativamente ao PVAC poderiam ter sido evitadas, se esta opção fosse apenas exclusiva para mulheres com uma única cesariana anterior, em trabalho de parto espontâneo.(6)

É necessário o desenvolvimento de estratégias apropriadas que melhorem o efeito que o atual ambiente medico legal tem no acesso a cuidados médicos.(1) Uma adequada comunicação, trabalho de equipa, treino e educação, já se demonstraram ser estratégias eficazes em reduzir problemas médico-legais.(14)

## **6.5 Uso mais generalizado de enfermeiras parteiras certificadas**

O uso mais generalizado de enfermeiras parteiras certificadas, muito provavelmente influenciaria a taxa de cesarianas primárias, porque o trabalho de parto vigiado por enfermeiras parteiras tem menores taxas de cesarianas que por médicos, com semelhantes resultados neonatais. (8)

Devido às menores taxas de cesariana atingidas pela intervenção de enfermeiras parteiras, a crescente responsabilização destes profissionais das unidades de obstetrícia, provavelmente ajudaria no controlo do aumento das cesarianas primárias.(8)

## **6.6 Restabelecer o treino para todo o tipo de partos vaginais**

Há menos treino e experiência médica nesta área. Especialistas recém-formados, estão menos predispostos e interessados em fazer PVAC, comparativamente a médicos mais velhos, e também não estarão tão confortáveis com o parto vaginal intervencionado, que são uma alternativa segura à cesariana.(6) Isto reflete em parte, que o seu treino, ocorreu numa época onde o PTP estava em diminuição constante.(1)

Existe uma associação positiva entre alto volume de partos realizados e melhores resultados, especialmente taxas mais baixas de mortalidade neonatal em RN prematuros.(1) Daí que talvez com mais treino, os médicos e as grávidas, se sentissem mais motivados a fazer PVAC.

A implementação de sistemas de reavaliação de protocolos e competências, nomeadamente através de simulações periódicas para situações de emergência, i.e. cesarianas de emergência, a reavaliação de casos individuais de cesarianas de emergência, e ainda o treino periódico da equipa de obstetrícia, na interpretação do traçado cardíaco fetal, podia vir a ser

útil, e providenciam oportunidades contínuas de melhoramento da qualidade dos cuidados prestados.(2,23)

## **6.7 Revisão de casos e auditorias**

Auditorias internas e revisão de casos são mais eficientes do que a avaliação externa da prática clínica. Avaliação externa e o feedback do público não teve qualquer efeito na taxa de cesarianas nos Países Baixos, Coreia, e Nova York. Contrariamente, auditorias internas e revisão de casos foi bastante eficaz nos EUA, Reino Unido, e Taiwan. (8)

Estas revisões internas faziam parte de um programa multifacetado para reduzir o número de cesarianas em outras instituições.(8)

## **6.8 Oferta de analgesia**

A analgesia epidural continua a ter um papel bastante importante, na aceitação por parte da grávida de fazer uma PTPAC.(24) A oferta de analgesia, vai reduzir a sensação de desconforto da grávida, encorajando-a a fazer PVAC. (17,24) Mais mulheres optariam por PTPAC se tivessem um controlo adequado da dor, (15) de modo que a oferta analgesia deve ser vista como uma excelente estratégia para incentivar a realização do PVAC.

A anestesia local permite também a realização de intervenções rápidas, caso surjam sinais complicações obstétricas. Contudo, se nos EUA uma grávida recusar a anestesia local, deve ser assinado o consentimento informado de autorização de anestesia geral, caso seja necessário proceder com uma cesariana de emergência. (15)

Não existem evidências científicas convincentes, de que a analgesia epidural seja um fator de risco causal para uma PTPAC, de modo que não vai ter impacto na taxa de sucesso do PVAC. (17,24)

Não está contraindicada a realização de técnicas loco-regionais para analgesia, em mulheres em TP com uma cesariana anterior, pelo contrário, parece ser uma vantagem.(18) Adicionalmente, não é considerado que a epidural mascare os sinais e sintomas da rutura uterina, particularmente porque o sinal mais comum de rutura uterina são as anormalidades no ritmo cardíaco fetal.(2,17,24) Pode inclusive, vir a servir de ferramenta de diagnóstico quando ocorre a rutura uterina.(24)

É importante que os anestesistas participem no aconselhamento e no cuidado de pacientes que fazem PTPAC, de modo a assegurar à grávida, que ela tem boas hipóteses de um ótimo alívio da dor durante o parto, o que vai encoraja-la a tentar o PVAC.(24)

## 6.9 Interesse de uma norma para PVAC

A recomendação do CAGO, de que a PTPAC deve ser feita em instituição apropriadamente equipadas, com médicos imediatamente disponíveis para prestar tratamento de urgência, veio desincentivar a PTPAC, sendo o CAGO frequentemente apontado como o principal culpado para a diminuição a que se assistiu à uns anos atrás no PVAC.(5,6)

Cada hospital deveria desenvolver um protocolo específico para grávidas que quisessem tentar fazer um PVAC, que aborda-se a capacidade e os recursos que a sua unidade de partos tem para responder a situações emergentes. Este protocolo específico deveria ainda incluir uma descrição do consentimento informado, notificação, disponibilidade dos médicos principais, da instituição, e o tempo habitual de resposta para cesariana de emergência.(23)

A implementação de uma norma relativa ao PVAC, seria desta forma, uma ótima estratégia para incentivar tanto os médicos como as grávidas, à realização de PVAC, e acabaria por trazer alguma proteção, caso fosse necessário a defesa quanto a questões médico-legais.(8)

Tomamos o exemplo do Norte de Inglaterra, onde com a ajuda e forte liderança de especialistas de medicina materno-fetal e o apoio de centros cuidados de saúde terciários, assistiu-se à formação de um projeto colaborativo, com o objetivo de melhorar a disponibilidade e segurança da PTPAC. Este empenho resultou na elaboração de uma importante norma, que foi posteriormente disponibilizada e implementada por varias instituições em todo o país. Desde então, a PTPAC no Norte de Inglaterra aumentou.(28)

Após a publicação da norma, o número de hospitais a oferecerem PTPAC aumentou na região, e adotaram a mesma norma, com apenas ligeiras alterações locais. É de salientar que não houve registo de resultados adversos após a implementação e seguimento da norma.(28)

A norma da DGS 003/2015 de 19/01/2015 relativamente ao parto vaginal após cesariana, e a norma 001/2015 relativamente às indicações de cesariana, frequentemente citadas ao longo deste texto, servem de um bom exemplo, pois vem contribuir bastante para o apoio e fundamentação das atitudes clínicas que são necessárias adotar, quando ponderamos a realização de um parto vaginal ou cesariana.

Adicionalmente, uma avaliação e sistematização mais aprofundada das indicações de cesariana, é uma prática útil para estruturar o raciocínio clínico, para uma clara documentação da decisão médica e para a auditoria hospitalar.(12)

## 6.10 Desenvolvimento do nomograma

Já houveram varias tentativas de formular modelos que tenham a capacidade de predizer o sucesso do PVAC, com o objetivo de a sua aplicação vir a melhorar o aconselhamento a mulheres que estejam a considerar esta opção. Apesar de estes modelos permitirem alguma

capacidade de previsão, eles ainda são bastante rudimentares, limitando a sua aplicação a qualquer indivíduo.(15,26)

Grobman desenvolveu um nomograma para prever a probabilidade de ter PVAC bem-sucedido, a termo, baseando-se em dados disponíveis no início da gravidez e na admissão para o parto, como a idade da grávida, IMC pré-natal, raça, parto vaginal prévio, PVAC anterior, presença ou ausência de indicação recorrente para cesariana. A figura 2 representa o nomograma gráfico preditivo da probabilidade de ter um PVAC após a TTP.(3)

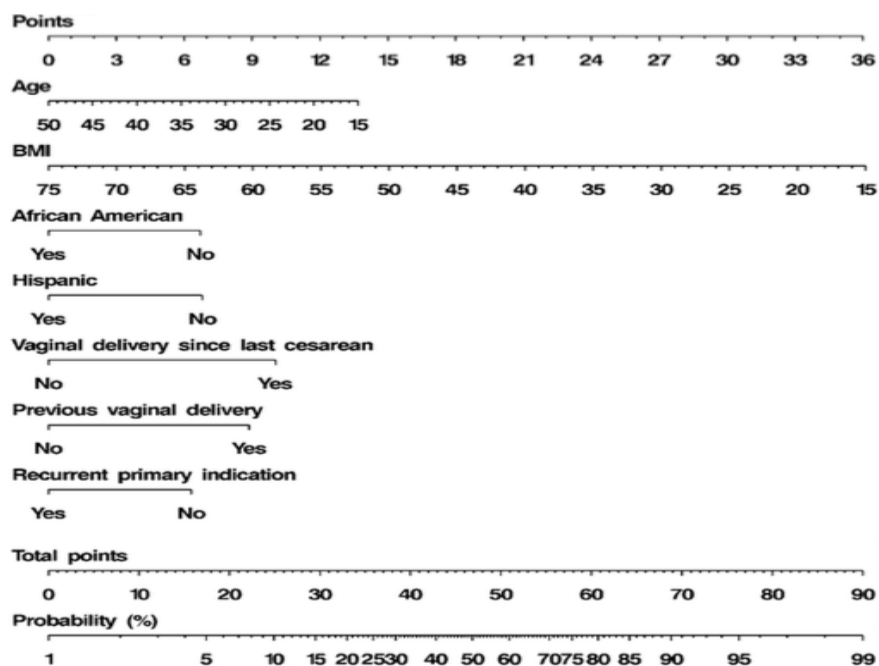


Figura 2: Nomograma gráfico preditivo da probabilidade de ter um PVAC após a TTP.

Esta ferramenta pode permitir aos médicos uma abordagem mais individualizada, e prestar aconselhamento baseando-se em características específicas da grávida, em vez de fornecerem uma estimativa geral de sucesso de 60-80%, baseada na população.(15,26)

Assim, o desenvolvimento de um nomograma que conseguisse prever com maior exatidão, tornar-se-ia proveitoso para o incentivo de mulheres que estivessem a ponderar realizar um PVAC. Adicionalmente, o desenvolvimento de um nomograma adaptado às características da população portuguesa seria muito desejável.

## 7. Conclusões Finais

Em Portugal a taxa de cesarianas continua um problema preocupante.

Com as práticas médicas atuais, não é surpreendente que o número de cesarianas tenha vindo a aumentar ao longo dos últimos tempos, tendo sido apenas durante os anos 90 que se registou um aumento dos PVAC e uma diminuição das cesarianas. Contudo, questões relacionadas com a segurança do PVAC, e outros pontos, levaram a uma relutância para com a PTPAC e, desde então que os PVAC vêm a diminuir e as cesarianas primárias e totais a aumentar. (3)

É urgente que se tomem medidas para reduzir a taxa de cesarianas. Assim, com base na revisão que efetuámos, parece-nos importante:

1. Que o médico saiba identificar corretamente as grávidas com indicações para cesariana.
2. Que o médico esteja preparado para reconhecer precocemente quais as grávidas consideradas boas candidatas ao PVAC, de modo a que haja tempo para apresentar à grávida o PVAC como uma opção.
3. Que as instituições hospitalares sejam capazes de definir quais são condições necessárias a nível de recursos logísticos e humanos, para que ocorra um PVAC.
4. Que seja promovida uma abordagem o mais personalizada possível, baseada nas características pessoais da grávida, quando se considera o PVAC.
5. Que seja apoiada a comunicação atempada ao casal e especialmente à grávida dos riscos da cesariana, principalmente quando de repetição, e seja promovido o desenvolvimento de grupos de apoio e sessões de esclarecimento para potenciais candidatas ao parto vaginal.
6. Que seja incentivada a investigação e o estudo de revisão de casos de PVAC, especialmente dos insucessos e complicações que lhe estejam associadas, no sentido da melhoria da sua eficácia.
7. Com o apoio de uma equipa multidisciplinar, se tente desenvolver estratégias dentro dos serviços de Ginecologia e Obstetrícia de cada hospital com o intuito de reduzir as cesarianas e aumentar os partos vaginais.
8. Que seja fomentado a criação de normas de orientação, adaptadas a cada instituição e às características das populações que servem.
9. A preocupação constante na melhoria da qualidade da vigilância do trabalho de parto, incluindo a analgesia intraparto, no sentido de reduzir as cesarianas primárias, que são o principal fator de risco para a cesariana de repetição.
10. A sensibilização da comunidade para as vantagens do parto vaginal em alternativa à cesariana, no sentido de se criar uma “cultura” que favoreça o parto vaginal, é fundamental para a redução efetiva das cesarianas.

## Bibliografia

1. Cunningham FG, Bangdiwala S, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, et al. NIH consensus development conference statement on vaginal birth after cesarean: New insights. *Obstet Gynecol.* 2010;115(6):1279-95.
2. Grobman WA, Ecker J. Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. 2010;116(2):450-63.
3. Signore C. VBAC: What Does the Evidence Show? *Clin Obs Gynaecol.* 2012;55(4):961-8.
4. Landon MB, Grobman WA. What We Have Learned About Trial of Labor After Cesarean Delivery from the Maternal-Fetal Medicine Units Cesarean Registry. *Semin Perinatol.* 2016;40(5):281-6.
5. Holmgren CM. Uterine Rupture Associated With VBAC. *Clin Obs Gynaecol.* 2012;55(4):978-87.
6. Fineberg AE, Tilton Z a. VBAC in the trenches: a community perspective. *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55(4):997-1004.
7. Sabol B, Denman MA, Guise J-M. Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(2):309-19.
8. Branch DW, Silver RM. Managing the Primary Cesarean Delivery Rate. *Clin Obs Gynecol.* 2012;55(4):946-60.
9. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(4):331.e1-331.e19.
10. Ministério da Saúde. Despacho 3481/2013. 2013;0:1-2.
11. Direccção-Geral da Saúde. Histórico de Destaques: Redução da taxa de cesarianas em Portugal [Internet]. 2014. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/reducao-da-taxa-de-cesarianas-em-portugal.aspx>
12. Direccção-Geral da Saúde. Registo de Indicações de Cesariana. 2015;1:1-5.
13. Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, Deneux-Tharoux C, Deruelle P, Diemunsch P, et al. Delivery for women with a previous cesarean: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;170(1):25-32.
14. Euro-Peristat. European Perinatal Health Report. 2008;
15. Metz TD, Scott JR. Contemporary management of VBAC. *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55(4):1026-32.
16. L.T. D, Dresang LT, Leeman L. Cesarean Delivery. *Prim Care.* 2012;39(1):146-65.
17. Hill JB, Ammons A, Chauhan SP. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines. *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55(4):969-77.
18. Direccção-Geral da Saúde. Parto Vaginal após Cesariana. 2015;3:1-3.

19. Quinlan JD, Murphy NJ. Cesarean delivery: Counseling issues and complication management. *Am Fam Physician*. 2015;91(3):178-84.
20. Direcção-Geral da Saúde. Trabalho de parto estacionário. 2015;1:1-3.
21. Direcção-Geral da Saúde. Versão Cefálica Externa. 2015;4:1-4.
22. Direcção-Geral da Saúde. Indução do Trabalho de Parto. 2015;2:1-4.
23. Northern New England Perinatal quality improvement network. VBAC guidelines. 2011.
24. Hawkins JL. The Anesthesiologist's Role During Attempted VBAC. *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55(4):1005-13.
25. Nilsson C, Lundgren I, Smith V, Vehvilainen-Julkunen K, Nicoletti J, Devane D, et al. Women-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): A systematic review. *Midwifery*. 2015;31(7):657-63.
26. Grobman W a, Lai Y, Landon MB, Spong CY. Development of a Nomogram for Prediction. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):806-12.
27. Socol ML, Socol DK. How Do We Deal With the Legal Risks? *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55(4):1014-20.
28. Lauria MR, Flanagan V, Capeless E. Why VBAC in Northern New England is still viable: the Northern New England perinatal quality improvement network. *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55(4):1021-5.