



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Estudo de VBAC - Vaginal Birth After Cesarean no Centro Hospitalar Cova da Beira

João Miguel Ferreira Ribeiro

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

Orientador: Doutor Renato Silva Martins

Covilhã, maio de 2014

Dedicatória

À minha mãe,

O meu porto seguro...

Agradecimentos

Este trabalho não poderia ter sido elaborado sem o apoio, a ajuda e os conselhos de muitos intervenientes. Correndo o risco de omitir algum, não posso deixar de expressar a minha gratidão aos que mais estimularam e contribuíram para a realização desta tese.

Ao meu orientador, Doutor Renato Martins, por ter aceite acompanhar-me nesta importante etapa do meu percurso como estudante de medicina e por todos os ensinamentos enriquecedores que me transmitiu. Muito Obrigado.

Ao Professor Doutor Miguel Castelo Branco, pela constante disponibilidade e entrega durante 6 anos para com todos os alunos de medicina e por todo o apoio prestado.

Ao Doutor Hugo Brancal por ter sido para mim um exemplo daquilo que todos os alunos gostavam de ter como professor - um amigo.

À Doutora Rosa Saraiva pela disponibilidade total para me orientar em todos os aspetos legais.

Aos meus pais, por acreditarem sempre em mim, pelos valores transmitidos e por me fazerem crescer com o elo mais forte que um filho pode ter - a família.

Ao meu irmão Vasco, pelo orgulho que tem em mim e pela lealdade demonstrada ao longo dos anos.

Aos meus avós, por serem uns lutadores e pela sabedoria que me transmitiram e que guardarei para a vida.

À Catarina, por nunca me fazer deixar de acreditar, pela paciência e pelo ombro amigo que sempre me deu.

Ao Pedro Soares, ao Paulo César e ao Tiago Rabadão por terem provado que existe uma família diferente daquela com que nascemos, aquela que construímos.

Ao Rafael Geraldês, ao Miguel Quesado e à Ana Isabel, pelos momentos académicos vividos.

À Tuna-Mus, Tuna Médica da UBI, pelos momentos lúdicos e pelos valores hierárquicos transmitidos.

Resumo

Introdução: O parto vaginal, após uma cesariana anterior (PVAC), tem sido descrito por vários autores como seguro e com uma taxa de sucesso de 72 a 76%. Deste modo, esta prática tem sido implementada como estratégia para redução das cesarianas de repetição, pondo final à máxima vigente no século passado que referia: uma vez cesariana, para sempre cesariana. Porém, prever o sucesso de PVAC ainda é uma tarefa difícil devido à inexistência de uma ferramenta de previsão validada. Ainda poucos estudos preditivos de sucesso de PVAC foram realizados, sendo a generalização uma dificuldade constante devido às diferenças ao nível de condições hospitalares. Desta forma, avaliar os fatores associados ao sucesso de parto vaginal pós cesariana é muito importante para aconselhamento materno e implementação desta prática. Assim, este trabalho tem como objetivo analisar a taxa de sucesso de PVAC entre os anos de 2011 e 2012 no Centro hospitalar Cova da Beira (CHCB), bem como os factores associados ao sucesso do mesmo.

Materiais e Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo e analítico, do tipo série de casos de mulheres com cesariana prévia, que realizaram partos nos anos de 2011 e 2012 no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). O estudo foi realizado com base em dados obtidos por consulta dos processos clínicos e livro de partos do Serviço de Saúde da Criança e da Mulher do CHCB. O grupo de estudo foi formado por mulheres que realizaram PVAC e o grupo comparativo, formado por mulheres que realizaram parto por cesariana pós cesariana (PCAC).

Resultados: Neste estudo, fatores independentes mostram-se favoráveis para a realização de PVAC como: a ausência de intercorrências obstétricas, início de trabalho de parto espontâneo, um Índice de Bishop elevado aquando da admissão e o recurso a perfusão com oxitocina durante o trabalho de parto. O não cumprimento destes critérios associou-se a falha na realização de PVAC e conseqüente realização de PCAC. Não se reportou nenhum caso de complicações pós parto nos casos de PVAC, tendo sido reportados 4 episódios de complicações pós parto, todos eles na seqüência de PCAC.

Conclusões: Com base nos resultados é possível preparar uma estratégia de decisão referente ao sucesso do parto vaginal após cesárea, tendo em conta o passado obstétrico e o presente desempenho obstétrico da grávida.

Palavras Chave

Cesariana, Parto, Vaginal, Complicações, Rotura

Abstract

Background: Vaginal birth after previous cesarean (VBAC) has been described by several authors as safe and with a success rate of 72-76 %. Thus, this practice has been implemented as a strategy for reducing repetitive cesareans, putting end to the sentence in the last century, which stated: once a cesarean section, always a cesarean section. However, predicting the success of PVAC is still a difficult task due to the lack of a validated prediction tool. Yet few studies of predictive success of VBAC were performed, being the generalization a constant difficulty due to the differences between different hospitals. Thus, to evaluate factors associated with successful vaginal birth after cesarean it is very important to maternal counseling and implementation of this practice. This study aims to analyze the success rate of VBAC between the years 2011 and 2012 in Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), as well as the factors associated with its success.

Materials and Methods: Retrospective, descriptive and analytical study of a case series of women with previous Cesarean section deliveries performed in the years 2011 and 2012 in Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). The study was based on data obtained by consulting the medical records and the book of deliveries of the department of woman and child health. The study group was composed by women who had VBAC and a comparison group, formed by women who underwent cesarean delivery after previous cesarean delivery (CAPC).

Results: In this study, there are independent factors that favour for the realization of VBAC such as: the absence of obstetric complications, spontaneous labor, a high Bishop score on admission and the use of oxytocin infusion during labor. Failure to meet these criteria was associated with a failure to make VBAC and consequent realization of CAPC. There were no reported cases of postpartum complications in cases of VBAC and 4 episodes with postpartum complications have been reported, all of them following CAPC.

Conclusions: Based on the results it is possible to prepare a strategy decision on the success of VBAC, taking into account the past and present obstetric performance of pregnant.

Keywords

Cesarean, Childbirth, Vaginal, Complications, Rupture

Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Palavras Chave	v
Abstract.....	vi
Keywords	vii
Lista de ilustrações	
• Lista de figuras	x
• Lista de tabelas	xi
• Lista de acrónimos.....	xii
Lista de conceitos.....	xiv
Frase	xvi
1. Introdução	
1.1. Contextualização histórica	1
1.2. Enquadramento demográfico	2
1.3. Vaginal birth after cesarean section.....	3
1.4. Objetivos	6
2. Materiais e métodos	
2.1. Seleção das pacientes e critérios de inclusão/exclusão	7
2.2. Grupos de estudo	7
2.3. Procedimentos.....	7
2.4. Estatística	8
3. Resultados	
3.1. Distribuição das pacientes selecionadas por PVAC e PCAC	9
3.2. Dados demográficos	10
3.3. Antecedentes obstétricos à cesariana prévia	11
3.3.1. Antecedentes patológicos	11

3.3.2. Historial de parto vaginal prévio	11
3.4. Dados obstétricos relativos à cesariana prévia	
3.4.1. Idade gestacional	11
3.4.2. Início do trabalho de parto.....	11
3.4.3. Índice de Bishop.....	12
3.4.4. Intercorrências obstétricas.....	12
3.4.5. Motivo da cesariana inaugural	12
3.4.6. Dilatação cervical.....	13
3.4.7. Período de internamento	13
3.4.8. Peso recém-nascido	13
3.4.9. Complicações pós cesariana	14
3.5. Estudo do parto pós cesariana	
3.5.1. Intervalo de tempo entre a cesariana e o parto seguinte	14
3.5.2. Idade gestacional	14
3.5.3. Intercorrências obstétricas.....	15
3.5.4. Índice de Bishop.....	15
3.5.5. Início do trabalho de parto.....	16
3.5.6. Uso de perfusão com oxitocina	17
3.5.7. Parto vaginal pós cesariana	
3.5.7.1. Tipo de PVAC	18
3.5.8. Parto por cesariana após cesariana	
3.5.8.1. Dilatação cervical.....	19
3.5.8.2. Motivo de PCAC	19
3.5.9. Peso do recém-nascido	20
3.5.10. Período de internamento	20
3.5.11. Complicações pós parto	21
4. Discussão	22
4.1. Conclusões	25
5. Bibliografia.....	26

Lista de Ilustrações

Lista de Figuras

Figura 1. Gravura medieval: Nascimento de Esculápio, primeira cesariana relatada na história.

Figura 2. Evolução dos PC por 100 nados vivos, em ambos os sexos, entre 2000 e 2009.

Figura 3. Evolução da prática de VBAC e relação com partos por cesariana entre 1989 e 2008 nos EUA.

Figura 4. Distribuição das pacientes selecionadas segundo o tipo de parto pós cesariana.

Figura 5. Diagrama ilustrativo dos grupos em estudo.

Figura 6. Distribuição das pacientes selecionadas segundo historial de parto vaginal prévio, por grupos de PVAC e PCAC

Figura 7. Distribuição das cesarianas prévias por motivo de realização.

Figura 8. Intercorrências obstétricas no parto pós cesariana

Figura 9. Distribuição de valores do IB por PVAC e PCAC

Figura 10. Distribuição do início do trabalho de parto por PVAC e PCAC

Figura 11. Distribuição da perfusão de oxitocina por PVAC e PCAC

Figura 12. Caracterização do PVAC quanto ao uso de instrumentação

Figura 13. Caracterização dos PCAC quanto ao motivo pelo qual se realizaram

Figura 14. Distribuição do período de internamento em PVAC e PCAC

Figura 15. Distribuição das complicações pós parto por PVAC e PCAC

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição demográfica dos PC por 100 nados vivos, em ambos os sexos, entre 2000 e 2009. Projeção e meta para 2016.

Tabela 2. Tabela 2. Dados demográficos relativos às pacientes selecionadas.

Tabela 3. Tabela 3. Dados Obstétricos relativos à Cesariana Prévia.

Tabela 4. Dados Obstétricos relativos à Cesariana Prévia.

Tabela 5. Dados obstétricos relativos ao parto pós cesariana.

Tabela 6. Distribuição do IB por PVAC e PCAC.

Tabela 7. Distribuição do início do trabalho de parto por PVAC e PCAC.

Tabela 8. Caracterização do Peso dos RN e distribuição por PVAC e PCAC.

Tabela 9. Distribuição do período de internamento em PVAC e PCAC.

Lista de acrónimos

ACOG - American College of Obstetricians Gynecologist

AP - Apresentação Pélvica

ARS - Administração Regional de Saúde

CHCB - Centro Hospitalar Cova de Beira

DGS - Direção Geral de Saúde

EFNT - Estado Fetal Não Tranquilizador

IB - Índice de Bishop

IF - Indução Falhada

IFP - Incompatibilidade Feto-Pélvica

IM/Ind-Fetal - Indicação Materna ou Fetal

INE - Instituto Nacional de Estatística

NDP - Não progressão da Dilatação

PC - Parto por Cesariana

PE - Parto Espontâneo

PEL - Parto Eletivo

PI - Parto Induzido

PNS - Plano Nacional de Saúde

PP - Placenta Prévia

PVAC - Parto Vaginal Pós Cesariana

RCOG - Royal College of Obstetricians Gynecologists

Estudo de VBAC - Vaginal Birth After Cesarean no CHCB

RN - Recém-nascido

RU - Rotura Uterina

TC - Taxa de Cesarianas

UC - Útero Cicatricial

VBAC - Vaginal Birth After Cesarean

Lista de conceitos

Apresentação Pélvica (AP) - O bebé encontra-se “sentado”, isto é, em vez da cabeça do feto são os glúteos ou os pés que se encontram à entrada do canal de parto. Em situações bem selecionadas e com equipas obstétricas treinadas é possível o parto vaginal nas apresentações pélvicas. No entanto, nos últimos anos a opção pela cesariana tem constituído a norma.(1)

Estado fetal não tranquilizador (EFNT) - surgiu por indicação da ACOG para substituir o termo sofrimento fetal. Diz respeito a um padrão de frequência cardíaca, desacelerações variáveis repetidas, taquicardia ou bradicardia, desacelerações tardias, perda da variabilidade e baixo valor no perfil biofisiológico fetal.(2)

Fórceps Tarnier - Instrumento médico obstétrico com eixo de tração. Estão equipados com uma alça que torna possível fornecer a tração de acordo com a direção em que a cabeça deve ser movida.(3)

Histerectomia - Remoção cirúrgica total ou parcial do útero. As Indicações para a cirurgia incluem alterações benignas ou malignas na parede do útero ou da cavidade uterina e anomalias cervicais. No contexto deste trabalho destaca-se no tratamento de hemorragia pós-parto intratável devido a placenta acreta ou rotura uterina.(3)

IM/Ind Fetal - Situações/Patologias médicas ou obstétricas que afetam a saúde da mãe ou do feto.

Incompatibilidade Feto-Pélvica (IFP) - Conjunto de situações em que existe uma desproporção entre o tamanho do feto e as dimensões do canal de parto. Poder-se-ão incluir nesta rubrica os casos de apresentações fetais anómalas (apresentação de face ou de espádua, por exemplo), que impedem o correto alinhamento do eixo fetal com o eixo do canal de parto.(1)

Índice de Bishop(IB) - Para se preparar para o trabalho de parto, o colo do útero começa a amolecer (amadurecer), emagrecer e a dilatar. Essas mudanças geralmente começam algumas semanas antes do início do trabalho de parto. Os profissionais de saúde utilizam o índice de Bishop para avaliar a aptidão do colo do útero para o parto. Com este sistema de pontuação, um número que varia de 0-13 é dada para avaliar a condição do colo do útero. A pontuação de Bishop inferior a 6 significa que o colo do útero pode não estar pronto para o trabalho.(4)

Oxitocina - A oxitocina é uma hormona que provoca contrações uterinas. Esta pode ser utilizada para iniciar o trabalho de parto ou para acelerar o trabalho de parto espontâneo. As contrações geralmente começam em cerca de 30 minutos após a administração de oxitocina.

Parto Eletivo(PEL) - Aquele que ocorre com recurso a cesariana. Consiste na saída do feto através de uma incisão feita na parede abdominal e para o interior do útero. As abordagens e técnicas cirúrgicas variam. Uma incisão horizontal através do segmento inferior do útero é mais comum. A clássica incisão mediana vertical pode ser usada em momentos de profundo sofrimento fetal.(3)

Parto espontâneo (PE) - Aquele que ocorre sem ajuda externa.(3)

Parto Induzido (PI) - uso de medicamentos ou outros métodos para iniciar (induzir) o trabalho de parto. O trabalho de parto é induzido, visa estimular contrações do útero para realização de um parto vaginal. Indução do parto pode ser recomendada se a saúde da mãe ou do feto está em risco. Em situações especiais, o trabalho de parto é induzido por razões não médicas, como viver longe do hospital. Isso é chamado de indução eletiva. Indução eletiva não deve ocorrer antes de 39 semanas de gravidez.(4)

Placenta Prévia (PP) - Uma placenta que está implantada no segmento inferior do útero. Existem três tipos: central, lateral e marginal. Placenta prévia central (PP, total ou completo) é a condição na qual a placenta foi implantada no segmento inferior do útero e cresceu para cobrir completamente o orifício cervical interno. Placenta prévia lateral (implantação baixa marginal) é a condição na qual a placenta fica apenas dentro do segmento inferior do útero. A placenta prévia marginal é a condição na qual a placenta cobre parcialmente o orifício cervical interno (PP parciais ou incompletas).(3)

Útero Cicatricial - Aquele sobre o qual já incidiram 2 ou mais cesarianas.

Ventosa tipo Kiwi - Instrumento médico obstétrico tipo copo de plástico rígido que é em forma de disco. Surgiu como um aperfeiçoamento do copo posterior Bird, sendo adequado para colocação occipitoposterior.(5)

“Declare o passado, diagnostique o presente, preveja o futuro”

Hipócrates – *“Pai da medicina”*

1. Introdução

1.1. Contextualização Histórica:

O parto com recurso a cesariana (PC) realiza-se através de uma incisão feita no útero. É atualmente o procedimento cirúrgico mais realizado em todo o mundo.(6)

Historicamente, o PC surgiu como com a finalidade de salvar a vida da grávida ou do recém-nascido. Até final do século XIX, as estatísticas mundiais mostravam uma sobrevivência materna em PC que não ultrapassava os 50%. A partir do início da segunda metade do mesmo século, as técnicas cirúrgicas e de suporte clínico evoluíram, passando a influenciar de forma significativa a saúde materna e perinatal. Desta forma, a incidência de PC tem vindo a aumentar um pouco por todo o mundo nas décadas passadas. A preocupação face a esta tendência prende-se com potenciais riscos para a saúde materna e fetal, complicações perinatais, possíveis intercorrências obstétricas, futuras morbilidades associadas, bem como impactos a nível económico inerentes ao PC.(7-11) Em 1985 a Organização Mundial de Saúde recomendou que a taxa de cesarianas (TC) não ultrapassasse os 15%. Porém, diferenças relativas à cultura dos países, recursos dos Hospitais Centrais comparativamente com os periféricos bem como as características da população podem influenciar a prática deste procedimento.(8)



Figura 1. Gravura medieval: Nascimento de Esculápio, primeira cesariana relatada na história.
Adaptado de (12).

1.2. Enquadramento Demográfico

Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), a TC por nados vivos cresceu de 28 para 36,4% entre 2000 e 2009. Na região Centro, o Plano Nacional de Saúde (PNS), estima que em 2016 esta taxa ronde os 39% e os 45,7% em Portugal Continental.(13)

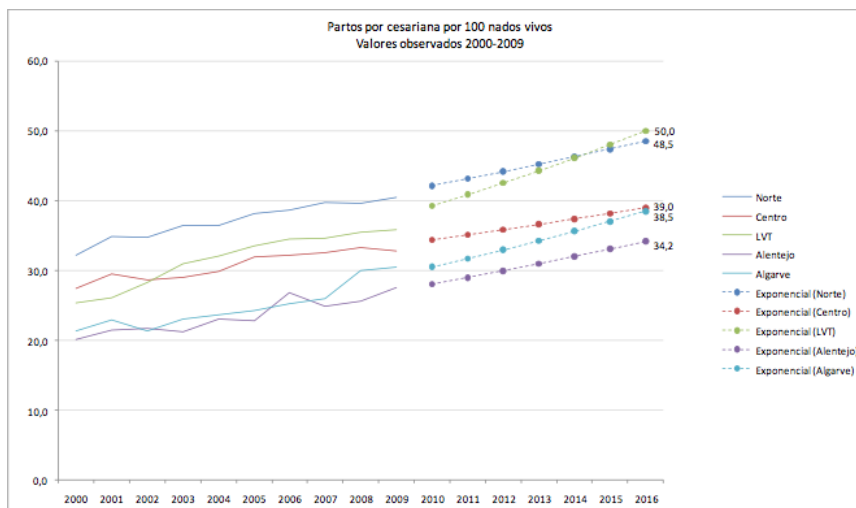


Figura 2. Evolução dos PC por 100 nados vivos, em ambos os sexos, entre 2000 e 2009. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial. Adaptado de (13).

Tabela 1. Distribuição demográfica dos PC por 100 nados vivos, em ambos os sexos, entre 2000 e 2009. Projeção para 2016. Adaptado de (13).

INDICADOR	DADOS	REGIÃO	REGIÃO	REGIÃO	REGIÃO	REGIÃO	PORTUGAL CONTINENTAL
		NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE	
Partos por cesariana	2000	32,2	27,5	25,3	20,1	21,3	28,0
	2009	40,5	32,8	35,9	27,5	30,5	36,4
	Projeção 2016	48,5	39,0	50,0	34,2	38,5	45,7

Provavelmente por a região Norte de Portugal apresentar taxas tão elevadas de cesarianas (superior a 40%), em 2010 a ARS Norte tomou a iniciativa de criar uma Comissão para a Redução da Taxa de Cesarianas da ARS Norte, cujo relatório, apresentado em outubro do mesmo ano não foi muito divulgado pelo resto do país.

Do mesmo constavam não apenas os motivos para a realização de Cesarianas no último trimestre de 2009, como também medidas de sensibilização dos profissionais de saúde e do público em geral para o risco das cesarianas e as vantagens de um parto vaginal. Em Março de 2011, a ARS Norte anunciou uma redução de 5% na taxa de cesarianas no primeiro trimestre de 2011 e último de 2010, e referiu na sua página da internet que todos os Hospitais públicos da região sob a sua responsabilidade estariam com taxas de cesariana inferiores a 40%. Citando Nuno Clode, editor associado à Acta Médica e Ginecológica Portuguesa “ *Se os números que dispunham em 2009, eram assustadores, a aplaudida quebra de 5% na taxa de cesarianas no último trimestre de 2010 e primeiro de 2011, em que não houvera tempo de se consolidarem as medidas estruturais propostas pelo relatório da Comissão dá que pensar! Sugere que, muito provavelmente, algumas cesarianas não teriam uma indicação médica concreta, e que é possível, através da implementação de orientações clínicas, reduzir de forma significativa a taxa de cesarianas.*”(14-16)

Mais tarde em 2013 foi criada a Comissão Nacional para a redução da taxa de Cesarianas, que visa propor orientações e normas de orientação clínicas a emitir pela Direção -Geral da Saúde (DGS), articulando com outras entidades, nomeadamente a Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente e a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia Medicina Materno-Fetal.(17)

1.3. Vaginal Birth After Cesarean

O Parto Vaginal após Cesariana (PVAC), Vaginal Birth After Cesarean (VBAC), surgiu em 1980 no “National Institutes of Health (NIH) Consensus Conference on Cesarean” e tem vindo a ser apontado como uma estratégia segura capaz de reverter a tendência crescente para realização de PC. Em 1916, Edwin Cragin popularizou a máxima, “Once a cesarean section, always a cesarean section”, ou seja, a realização de PC teria valor preditivo para a realização de partos com recurso ao mesmo procedimento em gravidezes subsequentes. Esta regra dominou aquela que foi intitulada por muitos autores como a era clássica dos partos por cesariana. (6,18,19)

Na atualidade, com a evolução das técnicas cirúrgicas, e o com novos recursos a emergirem a um ritmo bastante rápido, a morbidade e mortalidade associadas ao PC foram significativamente reduzidas.

A velha máxima viu-se reajustada para “ once a caesarean section, always an institutional delivery in a well-equipped hospital”, o que significa que, a decisão quanto ao procedimento para a realização de um parto pós PC passará sempre pela consideração e avaliação, por parte de uma entidade competente, num Hospital com os meios necessários para a realização do mesmo. Os motivos que levaram à reversão deste ditado têm por base os conceitos mais recentes no que diz respeito à integridade da cicatriz uterina, bem-estar fetal e melhorias ao nível das instalações onde os partos são realizados.(6)

A taxa de sucesso de PVAC varia entre 49 e 87% sendo evidente que fatores inerentes à grávida, ao obstetra, e ao nível Hospitalar podem influenciar a probabilidade de sucesso de PVAC.(20) Guidelines de 2012 de “The Royal College of Obstetricians and Gynecologists” (RCOG) apontam uma taxa de sucesso de PVAC, aumenta no caso de planeamento e recursos adequados disponíveis, para valores entre os 72 e 76%.(21)

Em comparação com o parto por cesariana após cesariana (PCAC), o PVAC está associado a um menor período de internamento, menos perdas hemáticas e conseqüentemente menos transfusões, risco inferior de contrair infecções e menos risco de eventos tromboembólicos. Tudo isto acaba por se refletir numa maior satisfação materna. Para além disso, o PVAC reduz o risco de problemas respiratórios para o bebé, que se fixa nos 2-3% em caso de PVAC e 3-4%, no caso de PCAC.(6,7,11,20-22)

No caso de famílias com um agregado familiar elevado, PVAC previne as complicações das cesarianas de repetição (CR) como: histerectomia; lesões intestinais ou vesicais; transfusões; infecções e condições respeitantes à implantação, como placenta prévia.(22)

Durante alguns anos, o PVAC foi visto como um procedimento que acarretava risco acrescido de rotura uterina (RU) e morte fetal, porém, investigações mais recentes apontam um risco total de RU de 1-1000.(6,11)

Entre 1976-2012, 25 publicações revistas por pares descreveram a incidência de rotura uterina, e estas relataram 2.084 casos entre 2.951.297 mulheres grávidas, produzindo uma taxa de rotura uterina global de 1 em 1.146 gestações (0,07 %). Uma meta- análise de 8 (1975-2009) estudos amplos e modernos dos países industrializados revelou 174 roturas uterinas entre 1.467.534 partos. Este achado sugere que a taxa de rotura uterina, em útero não cicatricial no mundo moderno, durante a gravidez é de 0,012 % (1 em 8434) .(23)

Atualmente, as normas mais recentes da “American College of Obstetricians Gynecologists” (ACOG) referem como contra-indicações absolutas ao PVAC: existência de uma incisão em T prévia, história de cirurgia uterina extensa transfundal e episódio de RU prévio.

Desta forma, todas as mulheres sem intercorrências no primeiro parto por cesariana, e sem contra-indicações são candidatas a PVAC.(22)

Como podemos concluir pela análise da figura 3 , nos EUA o VBAC teve um contributo efetivo na redução da percentagem de CR.

Em 1994 e 1995, ACOG declarou: *"Uma mulher com uma cesariana anterior, com uma incisão de segmento inferior do útero deve ser orientada e incentivada a submeter-se a uma tentativa de parto vaginal na sua gravidez atual.* Assim face a um aumento de VBAC de 19,9% para 28,3%, houve um conseqüente decréscimo das CR de 80,1% para 71,7% entre 1990 e 1996. Todavia questões de segurança e considerações médico-legais, parecem ter contribuído para uma posterior adopção de recomendações mais restritivas sobre VBAC. Em 1996, questões inerentes ao risco de rotura uterina foram levantadas e em 1999 a posição da ACOG foi revista e novas guidelines referiam " (...) *como a rotura uterina pode ser catastrófica, VBAC deve ser tentada apenas em instituições equipadas para responder às emergências com os médicos imediatamente disponíveis para prestar cuidados de emergência*". Desta forma, a taxa de VBAC sofreu um decréscimo de 24% para 8% entre 1996 e 2010. As guidelines mais recentes de ACOG, seguidas pelo colégio de especialidade de ginecologia e obstétrica português, datam de 2012 e visam uma nova reversão desta tendência devido a todas as vantagens do VBAC, acima referidas.(18,24,25)

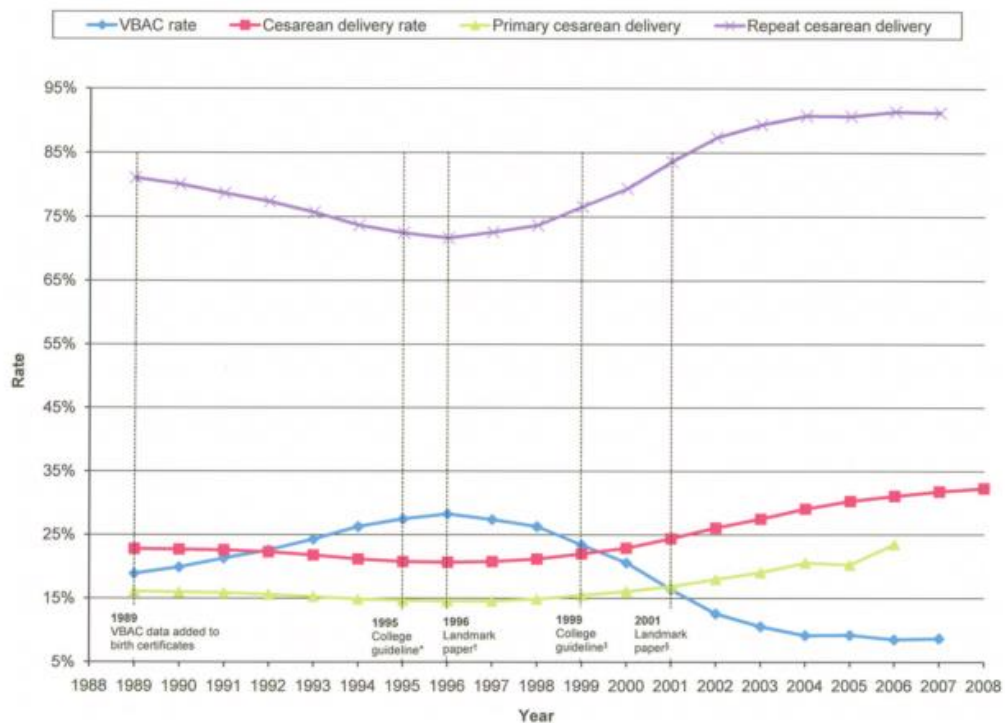


Figura 3. Evolução da prática de VBAC e relação com partos por cesariana entre 1989 e 2008 nos EUA.

Adaptado de (18).

1.4. Objetivos

Atualmente, em Portugal ainda poucos estudos foram feitos sobre a prevalência e incidência do PVAC, nomeadamente na região Centro. Deste modo, o presente estudo foi realizado com o intuito de avaliar o sucesso, prevalência e segurança do PVAC em casos selecionados de mulheres que realizaram PC prévio e voltaram a ter partos entre os anos de 2011 e 2012 no Centro Hospitalar da Cova da Beira (CHCB). Aborda ainda os fatores que positivamente e negativamente influenciam a decisão entre PVAC e PCAC.

Como tal, consideram-se como objetivo principal do trabalho a análise estatística dos PVAC ocorridos nos anos de 2011 e 2012 no CHCB.

Como objetivos secundários, proponho-nos efetuar uma análise relativa dos fatores que influenciam de forma favorável ou desfavorável um PVAC bem como a existência de potenciais complicações inerentes a este tipo de partos. Pretendemos analisar ainda o impacto relativo destes procedimentos ao nível do período de internamento e prognóstico neonatal.

2. Materiais e Métodos

Estudo retrospectivo, descritivo e analítico, do tipo série de casos de mulheres com cesariana prévia, que realizaram partos nos anos de 2011 e 2012 no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB). O estudo foi realizado com base em dados obtidos por consulta dos processos clínicos e livro de partos do Serviço de Saúde da Criança e da Mulher do CHCB e contou com a aprovação do conselho de ética do CHCB. (26,27)

2.1. Seleção das pacientes e critérios de inclusão/exclusão

Com base na consulta do livro de partos do Serviço de Saúde da Criança e da Mulher, foram consultados os processos clínicos de todas as mulheres com pelo menos uma cesariana prévia e que voltaram a realizar partos nos anos de 2011 e 2012. Deste modo, o critério de inclusão no estudo foi: história de pelo menos uma cesariana prévia ao parto realizado neste período; sendo o único critério de exclusão: ausência de historial de cesariana prévia ao período em estudo. Com base nestes critérios, foram selecionadas um total de 154 mulheres.

2.2. Grupos de estudo

As 154 mulheres foram divididas em 2 grupos de análise. Um grupo denominado PVAC, grupo de mulheres que realizaram parto vaginal pós cesariana e outro denominado de PCAC, correspondendo ao grupo de mulheres que realizaram parto por cesariana após cesariana prévia.

2.3. Procedimentos

Tomando como ponto de partida a totalidade das pacientes seleccionadas, procedemos à análise e registo de alguns dados demográficos: idade, raça e estado civil, bem como dos antecedentes obstétricos à cesariana prévia: antecedentes patológicos e história de parto vaginal prévio. No caso de positividade em relação à existência de antecedentes obstétricos, verificamos qual o tipo de parto realizado no período em estudo.

Em seguida, procedemos à caracterização do ponto de vista obstétrico da cesariana prévia através da idade gestacional, início do trabalho de parto e índice de Bishop. Para além disso, procedemos à análise de: intercorrências obstétricas, uso de perfusão com oxitocina, motivo da cesariana, dilatação cervical, período de internamento em dias, peso do recém-nascido bem como a presença de complicações pós cesariana; e em função destes critérios analisamos se realizaram PVAC ou PCAC.

No estudo do parto pós cesariana distribuimos as pacientes em função da realização de PVAC ou PCAC e caracterizamos cada procedimento quanto ao tempo decorrido entre a cesariana prévia e o novo parto, idade gestacional, intercorrências obstétricas, IB, início do trabalho de parto, recurso a perfusão com oxitocina, peso do RN, tempo de internamento e complicações pós parto. Estudamos também, no caso de PVAC, o recurso ou não a instrumentação obstétrica e, no caso de PCAC, a dilatação cervical e o motivo para a realização da mesma.

2.4. Estatística

A análise estatística dos dados obtidos foi efectuada utilizando o programa Microsoft Excel for Mac 2011 versão 14.3.9 e o programa SPSS Statistics Processor IBM versão 21. Para a análise estatística dos dados recorreu-se a algumas técnicas descritivas e aos testes de independência do qui-quadrado, exato de Fisher e de Mann-Whitney nas variáveis não paramétricas.

Todos os testes de hipóteses foram considerados significativos sempre que o respetivo valor de prova (valor-p, p) não excedesse o nível de significância de 5% e os intervalos de confiança foram considerados a 95%. Foi ainda aplicado o teste Kolmogrov - Smirnov, para estudar a normalidade da amostra.

3. Resultados

3.1. Distribuição das pacientes selecionadas por PVAC e PCAC

Foram consultados os processos clínicos de mulheres que tiveram partos nos anos de 2011 e 2012, sendo o critério de inclusão no estudo a existência de pelo menos um PC prévio a este, tendo sido selecionadas um total de 154 mulheres. O grupo de estudo foi constituído por 66 mulheres que realizaram PVAC (42,86%), e o grupo comparativo por 88 mulheres que realizaram PCAC (57,14%).

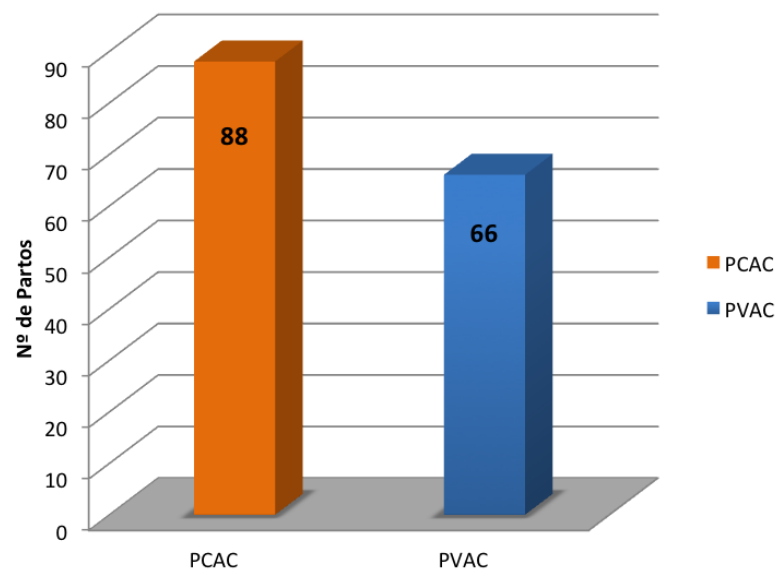


Figura 4. Distribuição das pacientes selecionadas segundo o tipo de parto pós cesariana.



Figura 5. Diagrama ilustrativo dos grupos em estudo.

3.2. Dados Demográficos

Todas as mulheres realizaram os partos no CHCB. A idade materna da totalidade das grávidas foi em média 32,4 anos, com intervalo entre os 19 e os 44 anos. No grupo de mulheres que realizou PVAC, a média de idades foi 32,1 anos, com extremos de 19 e 41 anos. Por sua vez, no grupo de mulheres que realizou PCAC, a idade materna foi em média 32,5 anos, com extremos entre 19 e 44 anos.

Na distribuição por raça, 151 mulheres (98,1%) eram de raça caucasiana e 3 (1,9%) de raça não caucasiana. De entre mulheres de raça caucasiana, 65 realizaram PVAC e 86 realizaram PCAC. Por sua vez, das 3 de raça não caucasiana, 2 realizaram PCAC e 1 PVAC.

No que concerne ao estado civil, 136 mulheres (88,3%) eram casadas ou viviam em união de facto, tendo 59 realizado PVAC e 77 PCAC. As restantes 18 (11,7%) eram divorciadas ou solteiras no momento do parto, tendo 7 realizado PVAC e 11 PCAC.

No que diz respeito aos dados demográficos não há significância estatística entre os grupos em análise.

Tabela 2. Dados demográficos relativos às pacientes seleccionadas. (Teste não paramétrico para variáveis independentes Mann-Whitney. Significância para valores de $p < 0,05$.)

Dados Demográficos		PVAC	PCAC	Total	p
Idade	Média	32,1	32,5	32,4	0,664
	Mínimo	19	19	19	
	Máximo	41	44	44	
Raça	Caucasiana	65	86	151	0,504
	Outra	1	2	3	
Estado Cívil	Casada/União Facto	59	77	136	0,372
	Solteira/Divorciada	7	11	18	

3.3. Antecedentes Obstétricos à Cesariana Prévia

3.3.1. Antecedentes Patológicos

Das mulheres selecionadas constatou-se a presença de antecedentes patológicos em 31 (20,1%). De entre as patologias médicas presentes, as mais prevalentes foram depressão, hipertensão arterial, obesidade, anemia, diabetes mellitus tipo II e hipotireoidismo.

3.3.2. Historial Parto vaginal prévio

No que respeita a este parâmetro, constatou-se que 15 (9,7%) mulheres tinham história de parto vaginal para além de parto por cesariana em gravidezes anteriores. Desse subgrupo 9 (60%) realizaram PVAC e 6 (40%) PCAC nos partos seguintes.

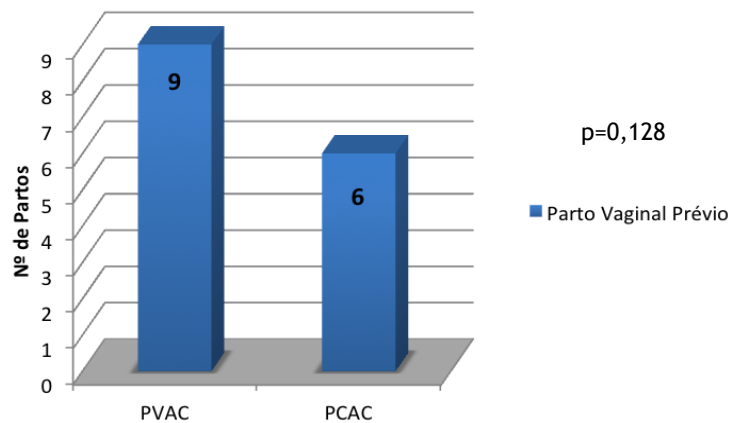


Figura 5. Distribuição das pacientes selecionadas segundo historial de parto vaginal prévio, por grupos de PVAC e PCAC. (Teste T-student/teste exato de Fisher, significância para valor de $p < 0,05$.)

3.4. Dados Obstétricos da Cesariana Prévia

3.4.1. Idade Gestacional

A idade gestacional da cesariana prévia foi de 38,9 semanas, com valores a oscilarem entre as 35 e as 41 semanas. (Tabela 3.)

3.4.2. Início de trabalho de parto

O início do trabalho de parto que deu origem à cesariana prévia representou-se como espontâneo (PE) em 68 (44,2%) dos casos, induzido (PI) em 29 (18,8%) e eletivo (PEL) em 57 (37%) dos mesmos. (Tabela 3.)

3.4.3. Índice de Bishop

Aquando da realização da cesariana prévia ao estudo, o Índice de Bishop (IB) foi em média 5,5, com valores extremos de 2 e de 10. (Tabela 3)

Tabela 3. Dados Obstétricos relativos à Cesariana Prévia.

Dados Obstétricos Relativos à Cesariana Prévia		PVAC	PCAC	Total
Parto vaginal Prévio		9	6	15
Intercorrências Obstétricas		8	18	26
Idade Gestacional	Média	-	-	38,9
	Mínimo	-	-	35
	Máximo	-	-	41
Início do Trabalho de Parto	PE	-	-	68
	PI	-	-	29
	PEL	-	-	57
IB	Média	-	-	5,5
	Mínimo	-	-	2
	Máximo	-	-	10

3.4.4. Intercorrências Obstétricas

Na gravidez originou a cesariana inaugural verificou-se a presença de intercorrências obstétricas em 26 (16,9%) casos. De entre as intercorrências obstétricas ocorreram, essencialmente, ameaça de parto pré-termo e diabetes gestacional.

3.4.6. Motivo da cesariana inaugural

O estudo dos motivos que conduziram à realização de cesariana prévia revelou que estado fetal não tranquilizador (EFNT), não progressão da dilatação (NPD) e apresentação pélvica (AP) foram os principais motivos para a realização da mesma. De facto, nos 154 episódios de cesariana, 55 foram devidos a EFNT, 45 AP e 24 devido a NPD. Para além deste, outras situações que motivaram este procedimento foram indução falhada (IF) em 9 casos, incompatibilidade feto pélvica (IFP) em 8 casos, indicação materna ou fetal (IM/IndFetal) em 7 casos e útero cicatricial (UC) em 6 casos.

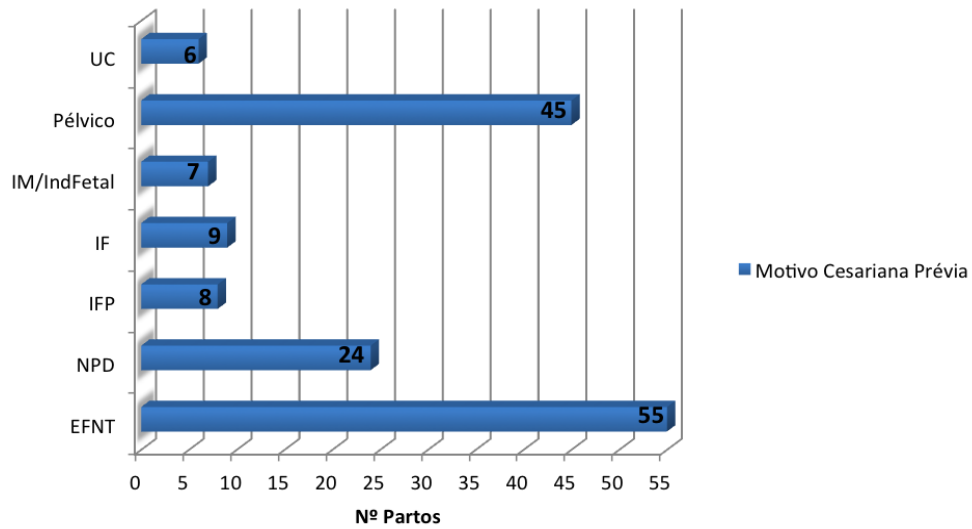


Figura 6. Distribuição das cesarianas prévias por motivo de realização.

3.4.7. Dilatação Cervical

Durante o parto que culminou na cesariana prévia ao estudo contactou-se uma dilatação cervical em média de 3,3cm, com extremos fixados entre 0 e 9 cm. (Tabela 4)

3.4.8. Período de internamento

Em média o internamento decorrente da cesariana anterior foi de 4,7 dias, com um mínimo e um máximo de 3 e 12 dias, respectivamente. (Tabela 4)

3.4.9. Peso do Recém-nascido

O peso dos recém - nascidos da cesariana anterior ao estudo foi em média 3320g, com valores a oscilarem entre 2270 e 4200g. (Tabela 4)

Tabela 4. Dados Obstétricos relativos à Cesariana Prévia.

Dados Obstétricos Relativos à Cesariana Prévia		Total
Dilatação Cervical (cm)	Média	3,3
	Mínimo	0
	Máximo	9
Período de Internamento (dias)	Média	4,7
	Mínimo	3
	Máximo	12
Peso do Recém-Nascido (g)	Média	3320
	Mínimo	2270
	Máximo	4200

3.4.10. Complicações Pós Cesariana

No que diz respeito a complicações pós parto decorrentes do parto prévio por cesariana, foram verificadas em 4 (2,6%) das pacientes selecionadas.

3.5. Estudo do parto Pós Cesariana

3.5.1. Intervalo de tempo entre cesariana e parto seguinte

O estudo do intervalo temporal entre a cesariana e o parto seguinte revelou uma média de 56 meses entre partos, com um mínimo 12 meses e um intervalo máximo de 168 meses. Estes valores refletem uma média de tempo entre partos de 57 meses e valores extremos de 12 e 144 meses no grupo que realizou PVAC e uma média de 55 meses com extremos de 12 e 168 meses no grupo que realizou PCAC.

3.5.2. Idade Gestacional

No que concerne à IG, no grupo de mulheres que realizaram PVAC, esta foi em média de 38,8 semanas, com valores a variarem entre as 35 e as 41 semanas. Por sua vez, no grupo de mulheres que realizaram PCAC, a média foi de 38,3 semanas, e valores mínimos e máximos de 26 e 41 semanas, respetivamente. Estes valores perfazem uma média de 38,5 semanas de gestação nos partos pós cesariana.

Tabela 5. . Dados obstétricos relativos ao parto pós cesariana. (Teste não paramétrico para variáveis independentes Mann-Withney. Significância para valores de $p < 0,05$.)

Dados Obstétricos Relativos ao Parto Pós cesariana		PVAC	PCAC	Total	p
Intervalo de tempo entre a cesariana e o Parto Pós-Cesariana	Média	57	55	56	0,302
	Mínimo	12	12	12	
	Máximo	144	168	168	
Idade gestacional	Média	38,8	38,3	38,5	0,061
	Mínimo	35	26	26	
	Máximo	41	41	41	

3.5.3. Intercorrências Obstétricas

Na distribuição ao nível de intercorrências obstétricas constatou-se um total de 46 (29,9%) casos. Destes, 12 (26%) realizaram PVAC e 34 (74%) PCAC. As principais intercorrências obstétricas dos partos pós cesariana foram restrição do crescimento fetal, diabetes gestacional, ameaça de parto pré termo e hipertensão arterial.

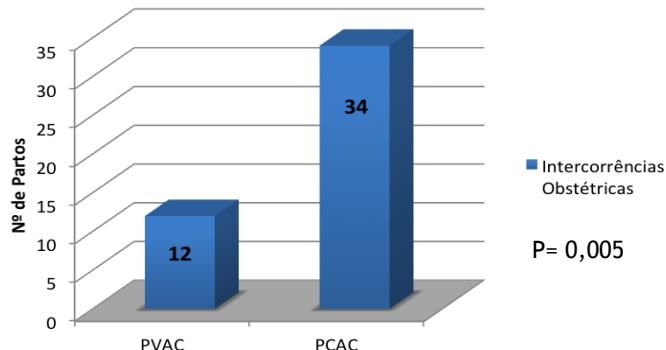


Figura 12. Intercorrências obstétricas no parto pós cesariana. (Teste T-student/teste exato de Fisher, significância para valor de $p < 0,05$.)

3.5.4. Indicie de Bishop

A figura 13. representa a distribuição dos valores referentes ao IB dos PVAC e PCAC. No total dos casos seleccionados o valor médio do IB foi de 6,4 com valores mínimos e máximos de 2 e 12, respetivamente. No grupo de estudo (PVAC), verificou-se uma média do IB de 8,2, com valores a oscilar entre 6 e 12. No grupo comparativo (PCAC), a média foi de 5, com um intervalo de valores de 2 a 12. (Tabela 6.)

Estudo de VBAC - Vaginal Birth After Cesarean no CHCB

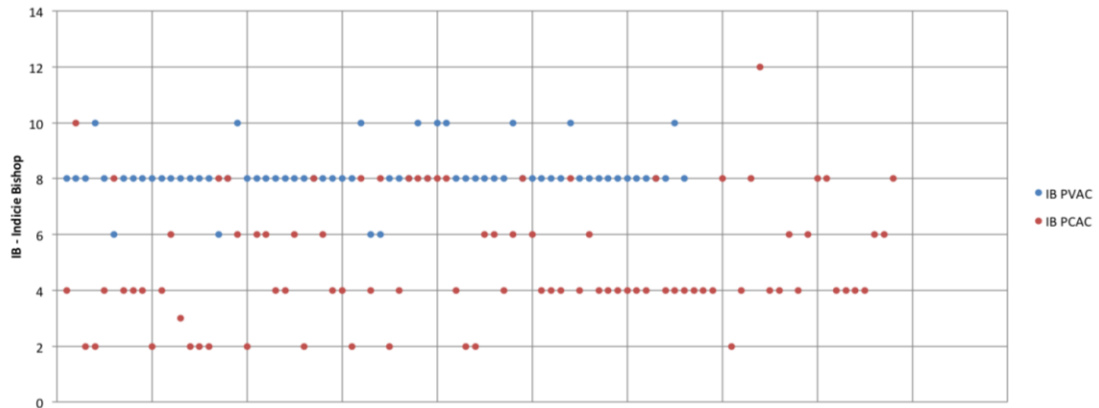


Figura 13. Distribuição de valores do IB por PVAC e PCAC.

Tabela 6. Distribuição do IB por PVAC e PCAC. (Teste não paramétrico para variáveis independentes Mann-Whitney. Significância para valores de $p < 0,05$.)

Dados Obstétricos Relativos ao Parto Pós cesariana		PVAC	PCAC	Total	p
IB	Média	8,2	5	6,4	0,001
	Mínimo	6	2	2	
	Máximo	12	12	12	

3.5.5. Início do Trabalho de Parto

Das 154 mulheres selecionadas, 96 (62,3%) tiveram início de trabalho de parto espontâneo (PE), em 15 (9,7%) o trabalho de parto foi induzido (PI) e foi electivo (PEL) em 43 (28%) casos. No que diz respeito ao grupo de estudo (PVAC), 63 (95,5%) mulheres tiveram início do trabalho de parto espontâneo e 3 (4,5%) foram induzidas. Por sua vez, no grupo comparativo (PCAC), em 33 (37,5%) mulheres o início do trabalho de parto foi espontâneo, em 12 (13,6%) foi induzido e foi eletivo em 43 (48,9%) casos. (Figura 14.) (Tabela 7.)

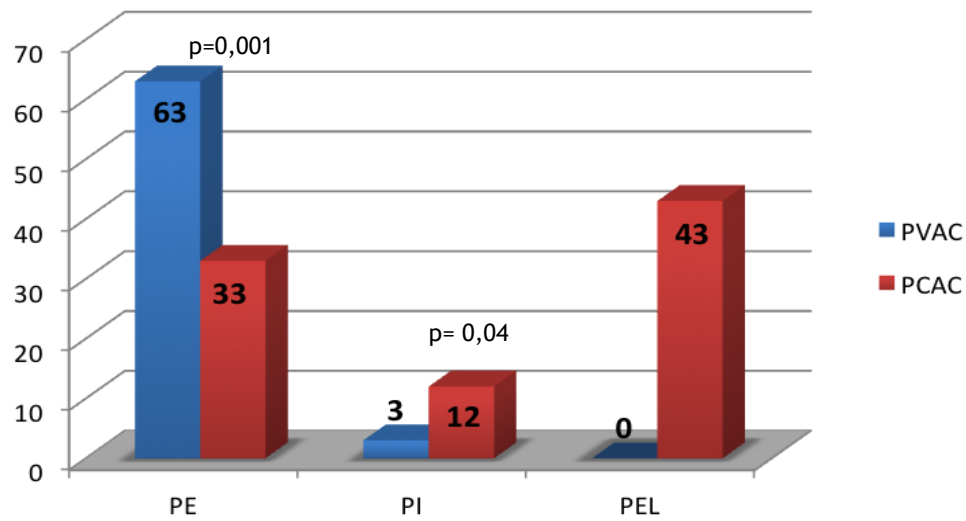


Figura 14. Distribuição do início do trabalho de parto por PVAC e PCAC. (Teste T-student/teste exato de Fisher, significância para valor de $p < 0,05$.)

Tabela 7. Distribuição do início do trabalho de parto por PVAC e PCAC. (Teste T-student/teste exato de Fisher, significância para valor de $p < 0,05$.)

Início do Trabalho de Parto	PVAC	PCAC	Total	p
PE	63	33	96	0,001
PI	3	12	15	0,04
PEL	0	43	43	NR

3.5.6. Uso Perfusão com Oxitocina

O recurso a perfusão com oxitocina verificou-se num total de 80 casos, sendo a distribuição de 52 no grupo que realizou PVAC e de 28 no grupo que realizou PCAC. (Figura 15.)

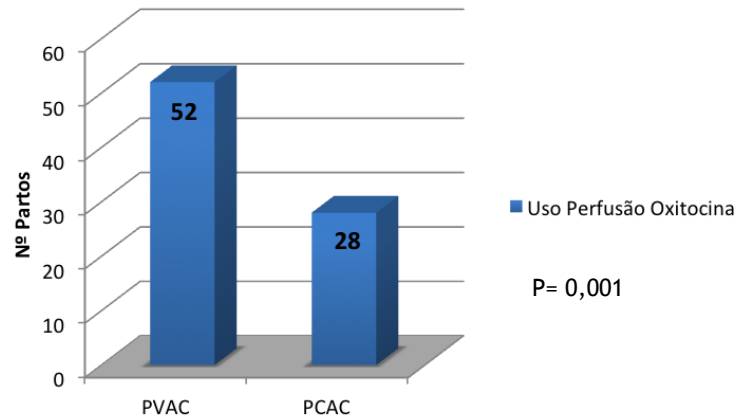


Figura 15. Distribuição da perfusão de oxitocina por PVAC e PCAC. (Teste T-student/teste exato de Fisher, significância para valor de $p < 0,05$.)

3.5.7 PVAC

3.5.7.1. Tipo de PVAC

Das 66 mulheres que compõem o grupo de estudo, o PVAC foi parto eutócico em 47 casos (71%) e instrumentado em 19 (29%). Por sua vez os 19 (29%) de partos instrumentalizados foram compostos por 17 (26%) casos com recurso a ventosa obstétrica, modelo tipo kiwi, e 2 (3%) com recurso a fórceps de Tarnier. (Figura 16.)

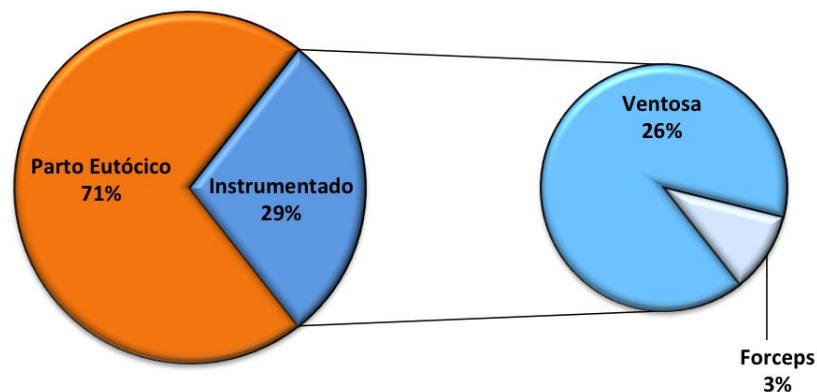


Figura 16. Caracterização do PVAC quanto ao uso de instrumentação.

3.5.8. PCAC

3.5.8.1. Dilatação Cervical

No grupo que realizou PCAC, verificou-se uma dilatação cervical média de 2,4cm, um valor mínimo de 0cm e um máximo de 8cm.

3.5.8.2. Motivo de PCAC

Nas 88 mulheres que realizaram PCAC, os principais motivos para a repetição da cesariana foi UC, que se verificou em 34 casos, e NPD, que se verificou em 21 mulheres. Para além destes, outros fatores motivaram a realização de nova cesariana como: EFNT em 13 casos, pélvico em 7 casos, IM/IndFetal em 7 casos, IF em 4 situações e IFP em 2 ocasiões.

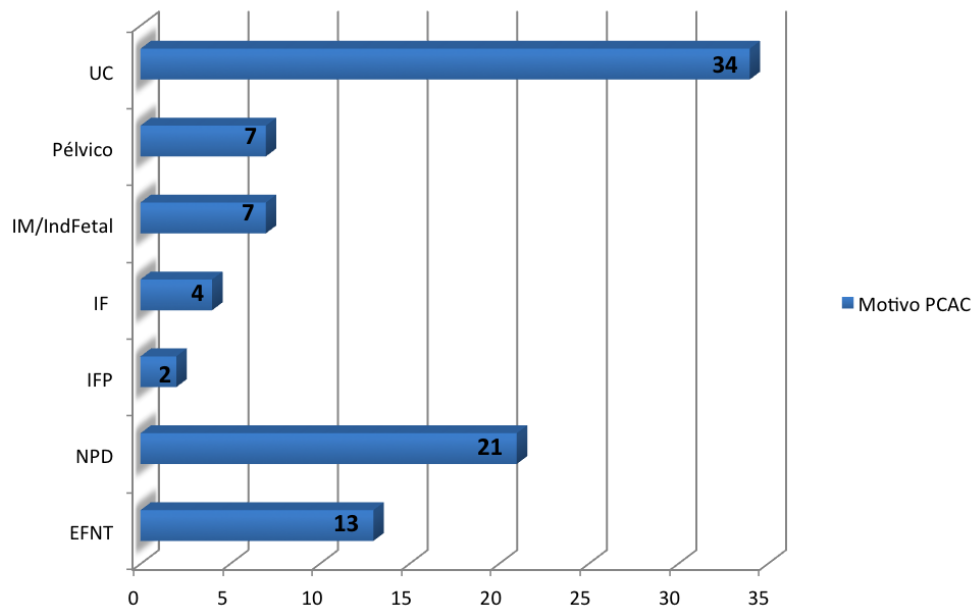


Figura 17. Caracterização dos PCAC quanto ao motivo pelo qual se realizaram.

3.6. Peso do Recém-nascido

O peso dos recém- nascidos das mulheres grávidas em estudo foi em média 3130g, sendo o RN com menor peso de 1300g e o de maior de 4550g. No subgrupo de grávidas que realizaram PVAC a média de peso foi de 3090g com extremos de 2350g e 4130g. No subgrupo de mulheres que realizou PCAC a média de peso dos RN foi de 3160g com pesos mínimos e máximos de 1300 e 4550g, respetivamente.

Tabela 8. Caracterização do Peso dos RN e distribuição por PVAC e PCAC. (Teste não paramétrico para variáveis independentes Mann-Withney. Significância para valores de $p < 0,05$.)

Peso dos RN nos Partos Pós Cesariana	PVAC	PCAC	Total	p
Média	3090	3160	3130	
Mínimo	2350	1300	1300	0,209
Máximo	4130	4550	4550	

3.7. Período de Internamento

Na Figura 18. está representada a distribuição do período de internamento materno em dias nos PVAC e PCAC. No grupo que realizou PVAC esteve associado a uma média de 2,69 dias de internamento, verificando-se um período mínimo de internamento de 2 dias e um máximo de 5 dias. Por outro lado, no grupo que realizou PCAC verificou-se uma média de 4,05 dias de internamento, oscilando entre os 2 os 7 dias de internamento.

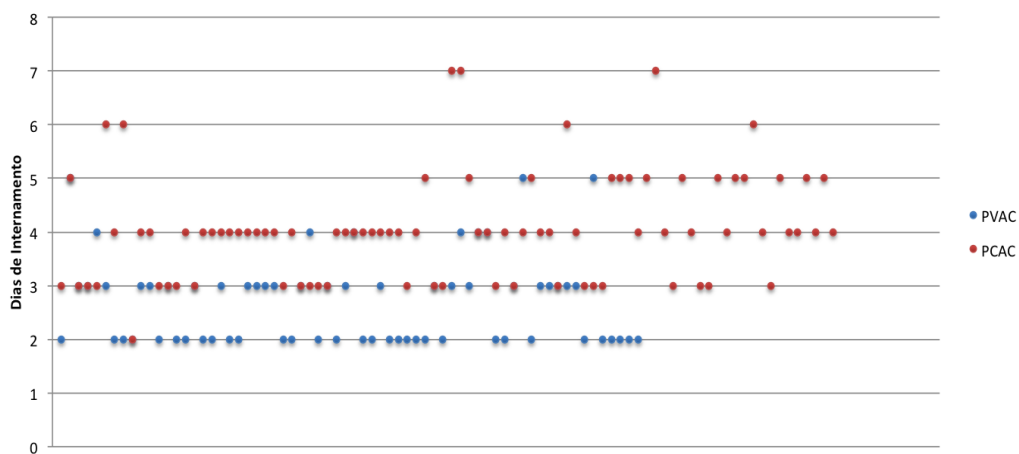


Figura 18. Distribuição do período de internamento em PVAC e PCAC.

Tabela 9. Distribuição do período de internamento em PVAC e PCAC. (Teste não paramétrico para variáveis independentes Mann-Whitney. Significância para valores de $p < 0,05$.)

Período de internamento no parto pós cesariana	PVAC	PCAC	Total	p
Média	2,69	4,05	3,46	
Mínimo	2	2	2	0,001
Máximo	5	7	7	

3.8. Complicações Pós Parto

No que se refere a complicações pós parto, verificou-se a existência das mesmas em 4 casos, estando todas elas associadas a PCAC.

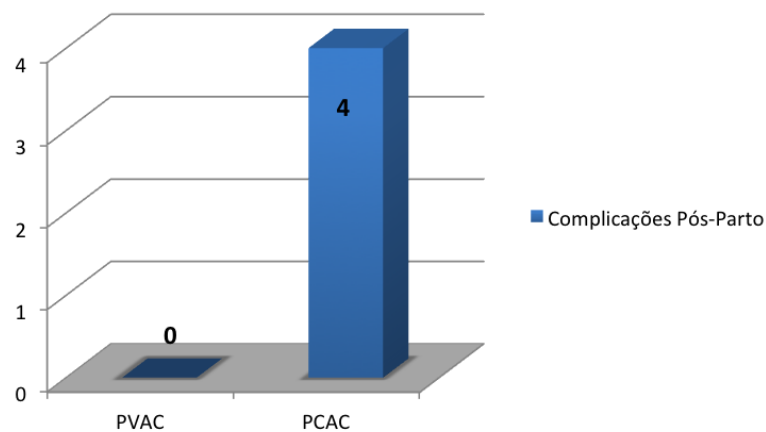


Figura 19. Distribuição das complicações pós parto por PVAC e PCAC.

4. Discussão

Durante os anos 2010 e 2011, período do estudo retrospectivo, verificou-se a existência de um total de 66 partos vaginais e 88 partos por cesariana em mulheres que tinham como fator comum a realização de pelo menos um parto por Cesariana no período anterior ao estudo. Estes resultados, traduzem-se numa taxa de PVAC no CHCB de 42,86% e numa taxa de PCAC de 57,14% neste período. Estes dados reforçam referências bibliográficas que referem a máxima de Edwin Cragin como desadequada à luz dos conhecimentos atuais na área da Obstetrícia.(28)

No que respeita aos dados demográficos, os resultados evidenciaram uma distribuição homogénea entre os grupos de mulheres que realizaram PVAC e PCAC, de modo que, idade materna, raça e estado civil não apresentam significância estatística entre os dois grupos em estudo.

Relativamente à análise dos antecedentes obstétricos, os critérios incluídos foram a presença de antecedentes patológicos e parto vaginal prévio à cesariana inaugural, os quais não apresentaram significância estatística muito provavelmente devido ao número muito reduzido da amostra em questão, não infirmando favoravelmente a bibliografia existente.(29,30) Porém verifica-se uma tendência clara para uma recorrência de novo parto vaginal em mulheres com antecedentes prévios de partos vaginais (14% no grupo PVAC vs 7% no grupo PCAC).

No que respeita ao motivo de realização da cesariana inaugural, verificamos que o principal motivo para a realização do mesmo foi estado fetal não tranquilizador em 55 casos. Apresentação pélvica foi o motivo contabilizado em 45 casos e não progressão da dilatação em 24 situações. De realçar que útero cicatricial foi apenas motivo de cesariana em 6 das 154 cesarianas.

Por sua vez, no caso de PCAC, os principais motivos para realização de cesariana foram: útero cicatricial, que se verificou em 34 casos e não progressão da dilatação, que se verificou em 21 mulheres. Para além destes, outros fatores motivaram a realização de nova cesariana como: estado fetal não tranquilizador em 13 casos, apresentação pélvica em 7 casos, indicação materna/indicação fetal em 7 casos, indução falhada em 4 situações e incompatibilidade feto pélvica em 2 ocasiões. O facto de PCAC ter como principal motivo útero cicatricial, ao contrário do que se verificou na cesariana inaugural, pode ser explicado pela existência de mais do que uma cesariana anterior em alguns casos.

No que se refere à idade gestacional não há diferença estatística significativa entre os grupos em análise.

Relativamente ao Parto pós cesariana inaugural constatamos um maior número de episódios de intercorrências obstétricas no caso de PCAC comparativamente com PVAC. Estes dados traduzem significância estatística e são sustentados pela bibliografia.(22)

Uma análise rigorosa do IB, permitiu-nos constatar uma diferença acentuada da média do mesmo, na comparação entre PVAC e PCAC. Em média o IB foi de 8,2 nos casos de PVAC e 5 nos casos de PCAC, estatisticamente significativo ($p=0,001$). Esta diferença parece, portanto, um importante indicador do procedimento a adotar. Pese embora estes resultados, uma análise individualizada reforça a bibliografia referenciada, que refere que um baixo IB (colos desfavoráveis) não nos permite uma codificação completamente correta, não corresponde a inércia uterina nem é, por si só, indicação absoluta para cesariana, porém um score elevado é um fator a ter em conta para realização de PVAC.(31)

Quanto ao início do trabalho de Parto, nos casos de VBAC, verificamos que este foi na sua maioria (95,5%) espontâneo. Por sua vez a realização de PCAC associou-se a um padrão mais diversificado quanto ao início do trabalho de parto, tendo sido maioritariamente eletivo. Verificamos também que quando o início do trabalho de parto foi espontâneo, um maior número de mulheres realizaram PVAC, facto que é estatisticamente significativo ($p=0,001$) para a ocorrência de PVAC, e está em concordância com o suporte bibliográfico.(30) Outro dado relevante é o facto das 15 grávidas que realizaram um trabalho de parto induzido, apenas em 3 indução foi bem-sucedida e culminou em PVAC.

Constatamos também que o recurso a perfusão com oxitocina está associado a um maior número de PVAC do que PCAC, provavelmente por nesta população se verificar um maior número de elementos com scores de IB favoráveis (≥ 6), permitindo deste modo resultados mais eficazes com a utilização de oxitocina. Esta associação não é linear mais foi a única relação encontrada com significância estatística e que sustenta a bibliografia referenciada.(19)

Focando no grupo de mulheres que realizaram PVAC verificamos que o mesmo foi maioritariamente parto eutócico (71%), tendo sido 29% dos mesmos realizado com recurso a Instrumentação. Os partos instrumentados foram maioritariamente com recurso a ventosa, modelo tipo kiwi e 2 casos com recurso ao forceps de Tarnier.

No que respeita ao peso dos recém - nascidos (RN) , verificamos que os RN por PVAC apresentavam em média, ao nascimento, menos 70g que os nascidos por PCAC. Este valor não traduz uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em análise ($p=0,209$).

Relativamente ao período de internamento as mulheres que realizaram PVAC estiveram em média associadas a um período de internamento estatisticamente menor do que no grupo que realizou PCAC ($p= 0,001$). Perante este resultado parece-nos relevante sugerir a realização de um estudo adequado relativo não só à satisfação materna mas também ao impacto do PVAC na redução de infecções nosocomiais em grávidas e dos custos socioeconómicos inerentes à hospitalização. Tal facto suporta a bibliografia referenciada. (32,33)

Realçar ainda que verificamos um reduzido número de complicações pós parto, porém o intervalo temporal entre este estudo e o momento do parto não nos permitem aferir sobre estes valores com segurança, pelo que estes resultados devem ser tidos em conta com alguma prudência. De qualquer forma, salientamos que todos os casos de complicações pós parto se verificaram em PCAC, não existindo registo de complicações em nenhuma mulher que realizou PVAC nomeadamente situações de rotura uterina.

4.1. Conclusões

Com a realização deste estudo e análise dos critérios incluídos no mesmo é-nos possível chegar a algumas conclusões:

A taxa de PVAC no Centro Hospitalar Cova da Beira, nos anos de 2011 e 2012, foi de 42.6%.

Os fatores que estatisticamente se mostram favoráveis para a realização de PVAC são: a ausência de intercorrências obstétricas, início de trabalho de parto espontâneo, um Índice de Bishop elevado aquando da admissão e o recurso a perfusão com oxitocina durante o trabalho de parto.

Contrariando a literatura existente (29), a existência de parto prévio por via vaginal, na população em estudo, não representa um fator estatisticamente significativo para a realização de PVAC, pelo que, nos parece plausível sugerir a realização de um estudo mais alargado do ponto de vista populacional e temporal.

Fatores, com significância estatística para esta amostra, como: a existência de intercorrências obstétricas, início do trabalho de parto induzido, menor score do Índice de Bishop na admissão e a não utilização de perfusão com oxitocina no decurso do trabalho de parto associam-se a uma maior probabilidade de recorrência de uma nova cesariana.

Como consequência destes resultados, PVAC apresenta-se com menor taxa de complicações pós parto na amostra em questão (nenhum caso reportado) e , com significância estatística, a media do período de internamento é menor do que em caso de PCAC.

Deste modo, é possível preparar uma estratégia de decisão sobre o sucesso do parto vaginal após cesárea, tendo em conta o passado obstétrico e o presente desempenho obstétrico da grávida.(6)

Bibliografia

1. Macedo CV, Graça L. Cesariana [Internet]. Programa Harvard Medical School Portugal. 2011. Disponível em: <http://hmsportugal.wordpress.com>
2. Souza AR, Amorim MR. Avaliação da Vitalidade Fetal Intraparto. *Acta Med Port.* 2008;21:229-40. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com
3. Taber's. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary. 21st ed. Donald Venes M, M.S.J, editors. F.A.Davis Company; 2009.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Labor Induction. Frequently asked questions FAQ 154. 2012. p. 1-2. Disponível em: <https://www.acog.org>
5. Hook C, Damos J. Vacuum-assisted vaginal delivery. *Am Fam Physician.* 2008;78(8):953-60.
6. Birara M, Gebrehiwot Y. Factors associated with success of vaginal birth after one caesarean section (VBAC) at three teaching hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth;* 2013 Jan;13(1):31.
7. Madi J, Deon J, Rombaldi R, Araújo B, Rombaldi M, Santos M. Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2013; 35(11):516-22.
8. Costa A, Policiano C, Clode N. Indications for Cesarean Deliveries during a 7-Year Period in a Tertiary Hospital. *Acta Med Port.* 2013; 26(6):649-54.
9. Eden KB, Mcdonagh M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R, et al. New Insights on Vaginal Birth After Cesarean. *Obstet Gynecol.* 2010;116(4):967-81.
10. G A-S, Al-Mandeel H. The outcomes of trial of labour after cesarean section following induction of labour compared to spontaneous labour. *Arch Gynecol Obstet.* 2013 Jun; 287:1099-103.
11. Homer C, Besley K, Bell J, Davis D, Adams J, Porteous A, et al. Does continuity of care impact decision making in the next birth after a caesarean section (VBAC)? a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* *BMC Pregnancy and Childbirth;* 2013 Jan; 13:140-54.

12. Bezerra A. Admirável mundo médico: a arte na história da medicina. 3rd ed. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, editor. Brasília; 2006.
13. Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 2012 p. 1-108.
14. Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia. Acta Obstetrica e Ginecologica Portuguesa. *Offial J Fed Port Soc Gynecol.* 2011; 5(2):56-8.
15. Administração Regional de Saúde do Norte. Cesarianas - Evolução 2005-2011 [Internet]. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte>. 2011. p. 35-7. Disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>
16. Campos DA, Furtado JM, Crisóstomo MR, Carrapato R, Cunha E, Conceição MF. Medidas para reduzir a taxa de cesarianas na região norte de Portugal. Comissão para a redução da taxa de cesarianas da ars norte. 2010 p. 1-18.
17. Costa. FSL da. Despacho nº3482. Diário da República, 2ª série Nº5. 2013 Feb 25;8174.
18. Guise JM, Eden KB, Emeis C, Denman M a, Marshall N, Walker M, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(6):1267-78.
19. Bangal VB, Giri P, Shine K, Gavhane S. Vaginal birth after cesarean section. *N Am J Med Sci.* 2013 Feb; 5(2):140-4.
20. Schoorel E, van Kuijk S, Melman S, Nijhuis J, Smits L, Aardenburg R, et al. Vaginal birth after a caesarean section: the development of a Western European population-based prediction model for deliveries at term. *BJOG.* 2014 Jan; 121(2):194-201.
21. Varma R, Gupta J, Smith G. Birth after previous cesarean birth. London; 2012 p. 8p.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists - Medical Specialty Society. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington(DC); 2010 p. 6p.
23. Gerard G, Nahum M, FACOG, FACS. Uterine Rupture in Pregnancy [Internet]. <http://www.medscape.com/>. 2012. Disponível em: <http://reference.medscape.com>
24. Knight H, Gurol-Urganci I, van der Meulen J, Mahmood T, Richmond D, Dougall A, et al. Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success. *BJOG.* 2014 Jan; 121:183-92.

25. Zweifler J, Garza A, Hugbes S, Stanicb M, Hierbolzer A, Lau M. Vaginal Birth After Cesarean in California : Before and After a Change in Guidelines. *Ann Med.* 2006;4(3):228-34.
26. Abramson JH, Abramson ZH. *Survey Methods in Community Medicine.* New York: Churchill Livingstone; 1979.
27. Hennekens CH, Buring JE, Sherry L.M. *Epidemiology in Medicine,* editor. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 1987.
28. Ugwumadu A. Does the maxim “once a Caesarean, always a Caesarean” still hold true? *PLoS Med.* 2005 Sep; 2(9):e305. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov>
29. Hruban L, Janku P, Ventruba P, Paúrová L, Tápalová V, Harastová A, et al. Vaginal birth after previous caesarian section--outcomes analysis 2007-2010. *Ces Gynekol.* 2012;77(2):127-32.
30. Haumonté J, Raylet M, Sabiani L, Franké O, Bretelle F, Boubli L, et al. Predictive factors for vaginal birth after cesarean section. *J Gynecol Obs Biol Reprod (Paris).* 2012; 41(8):735-52.
31. Lopes A. Índice de Bishop (Bishop score) [Internet]. Portal da Codificação Clínica e dos GDH. 2009. p. 924. Disponível em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt>
32. Freitas A, Costa TS, Lopes F, Garcia-Lema I, Teixeira-Pinto A, Brazdil P, et al. Factors influencing hospital high length of stay outliers. *BMC Health Serv Res. BMC Health Services Research;* 2012 Jan;12:265-74.
33. Duarte, Raquel F Marchesi, Silvana M Quintana, Ricardo C Cavalli, Aderson T Berezowski GD. Associação entre o tipo de parto e o periodo de internamento. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1996.