



Parto Vaginal após Cesariana: a experiência do CHUCB

Ana Maria Grilo Teodoro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(Mestrado Integrado)

Orientadora: Dr^a. Nélia Lamberta Pereira Rodrigues

abril de 2023

Declaração de Integridade

Eu, **Ana Maria Grilo Teodoro**, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 38833 de Mestrado Integrado em Medicina, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 30/03/2023

Assinatura

Ana Maria Grilo Teodoro

Agradecimentos

Um agradecimento geral a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, permitiram que esta dissertação se concretizasse.

Em primeiro lugar, à minha orientadora, Dr.^a Nélia Pereira, que prontamente aceitou acompanhar-me nesta etapa, agradeço a orientação exemplar e a visão crítica, sem as quais não seria possível realizar este trabalho.

À minha família, especialmente aos meus pais e irmão, pelo apoio incondicional e por acreditarem tanto ou mais do que eu nas minhas capacidades.

Aos meus amigos, desde os que começaram esta viagem comigo em Ciências Biomédicas até aos que se juntaram durante o curso de Medicina, um obrigado por estarem lá para todos os momentos de felicidade e desespero. Um agradecimento especial ao meu afilhado André pela paciência imensa para dúvidas e revisões científicas.

Resumo

Para mulheres com uma primeira cesariana, uma tentativa bem-sucedida de trabalho de parto oferece várias vantagens distintas e consistentemente reprodutíveis em comparação com uma cesariana eletiva de repetição, incluindo menos histerectomias, menos eventos tromboembólicos, menores taxas de transfusão sanguínea e menor tempo de internamento. No entanto, quando a tentativa de parto após a cesariana falha, a cesariana de emergência está associada a aumento de rutura uterina, histerectomia, lesão operatória, transfusão de sangue, endometrite e maior permanência hospitalar.

Este trabalho de investigação tem como principal objetivo avaliar a taxa de sucesso do parto vaginal após cesariana (PVAC) no Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB) entre os anos de 2016 e 2020, avaliando alguns dos fatores que contribuem para o sucesso e/ou insucesso do mesmo.

Após a sua realização, concluiu-se que a taxa de PVAC no CHUCB foi de 35,7%, no período estudado. Foram observadas elevadas taxas de episiotomia e laceração nos partos vaginais estudados, que não se traduziram num maior número de complicações major, nomeadamente lesões perineais graves. A rutura uterina é a complicação mais temida de uma prova de trabalho de parto após cesariana (PTPAC). No CHUCB existiu apenas um registo de rutura uterina por uma PTPAC malsucedida. Ainda assim, o PVAC associou-se a uma menor taxa de complicações graves e menor período de internamento, que o parto por cesariana após cesariana (PCAC). Relativamente às mortes fetais, verificou-se uma taxa inferior à de outros trabalhos semelhantes e sem relação com o tipo de parto.

O corrente projeto de investigação traz alguma evidência que pode ser útil para a formulação de novos protocolos ou algoritmos de decisão no momento do parto, numa mulher com uma cesariana prévia.

Palavras-Chave

Parto, vaginal, cesariana, anemia, rutura uterina.

Abstract

For women with a first cesarean section, a successful attempt at labor offers several distinct and consistently reproducible advantages compared with a repeat elective cesarean section, including fewer hysterectomies, fewer thromboembolic events, lower blood transfusion rates, and shorter length of hospital stay. However, when the attempted delivery after cesarean section fails, emergency cesarean section is associated with increased uterine rupture, hysterectomy, operative injury, blood transfusion, endometritis and longer hospital stay.

This research work has as main objective to evaluate the success rate of vaginal birth after cesarean delivery (VBAC) at the Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB) between the years 2016 and 2020, evaluating some of the factors that contribute to the success and /or failure of childbirth.

It was concluded that the rate of VBAC at CHUCB was 35.7% during the period studied. High rates of episiotomy and laceration were observed in the vaginal deliveries studied, which did not translate into a greater number of major complications, namely severe perineal injuries. Uterine rupture is the most feared complication of a trial of labor after cesarean delivery (TOLAC). At CHUCB there was only one record of uterine rupture due to an unsuccessful TOLAC. Even so, VBAC was associated with a lower rate of serious complications and shorter hospital stay than elective repeat cesarean section (ERCS). Regarding fetal deaths, there was a lower rate than in other similar studies and unrelated to the type of delivery.

The current research project brings some evidence that may be useful for the formulation of new protocols or decision algorithms at the time of delivery, in a woman with a previous cesarean section.

Keywords

Childbirth, vaginal, cesarean section, anemia, uterine rupture.

Índice

Capítulo 1 - Introdução	1
1.1 Contextualização Histórica	2
1.2 Enquadramento Demográfico	3
1.3 Parto Vaginal após Cesariana	4
Capítulo 2 - Objetivos do Trabalho.....	6
Capítulo 3 - Materiais e Métodos.....	7
Materiais e Métodos	7
3.1 Seleção das paciente e critérios de inclusão/exclusão.....	7
3.2 Grupos de estudo	7
3.3 Procedimentos.....	8
3.4 Dados e análise estatística.....	8
Capítulo 4 – Resultados.....	9
4.1 Distribuição das pacientes selecionadas por grupos: PVAC e PCAC	9
4.2 Situação Profissional.....	9
4.3 Idade Gestacional.....	10
4.4 Apresentação no Momento do Parto	10
4.5 Indução do Parto.....	11
4.6 PVAC	12
4.6.1 Tipo de PVAC.....	12
4.6.2 Episiotomia	12
4.6.3 Laceração.....	12
4.6.4 Relação entre a Episiotomia e a Laceração	12
4.7 PCAC.....	13
4.7.1 Motivo de PCAC	13
4.8 Complicações do Parto.....	14
4.9 Período de Internamento	14
Capítulo 5 – Discussão.....	16
5.1 Limitações do Estudo	19
Capítulo 6 – Conclusão	20
6.1 Perspetivas Futuras	20
Bibliografia	22
Anexos.....	28
Anexo I – Autorização do Estudo	28

Lista de Figuras

Figura 1 - Frequência estimada e tendências no uso de cesariana, como proporção de nado vivos entre 2000 e 2015. Adaptado de (16).	2
Figura 2 - Evolução da taxa de cesarianas em Portugal, desde 1999 (21).	4
Figura 3 - Distribuição das pacientes selecionadas segundo o tipo de parto realizado, após a primeira cesariana.	9
Figura 4 – Distribuição do método de indução usado por PVAC e PCAC. $p=0,003$. (Teste exato de Fisher).....	11
Figura 5 - Caracterização do tipo de parto no grupo PVAC.....	12
Figura 6 - Caracterização do motivo que condicionou cirurgia no grupo PCAC.....	13
Figura 7 - Caracterização das complicações observadas em cada grupo (PVAC e PCAC).	14

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Classificação de Robson (2).....	1
Tabela 2 - Situação profissional da mãe, no momento da gravidez em estudo. (Teste Mann-Withney)	10
Tabela 3 - Idade gestacional no momento do parto. (Teste Mann-Withney, significância para valores de $p < 0,05$).....	10
Tabela 4 - Apresentação fetal no momento do parto.	11
Tabela 5 - Relação entre a realização de episiotomia e a existência de laceração. (Teste exato de Fisher).	13

Lista de Acrónimos e Siglas

AP – Apresentação Pélvica

CAOG - Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia

CHUCB – Centro Hospitalar Universitário Cova de Beira

CM/PG – Causa Materna/Patologia da Gravidez

CMCP – Cuidados na maternidade centrados na pessoa

CNRTC – Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas

DGS – Direção Geral de Saúde

EFNT – Estado Fetal não Tranquilizador

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INESC - Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados

LP - Laceração Perineal

MAD – Má Apresentação Distócica

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCAC – Parto por Cesariana após Cesariana

PTPAC – Prova de Trabalho de Parto após Cesariana

PVAC – Parto Vaginal Pós Cesariana

SIFP – Suspeita de Incompatibilidade Feto-Pélvica

TFITP – Tentativa Frustrada de Indução de Trabalho de Parto

TPE – Trabalho de Parto Estacionário

Lista de Conceitos

Apresentação Pélvica (AP) – Representa a situação fetal longitudinal em que a pélvis fetal se encontra no canal de parto. Pode ser classificada em 3 tipos: completa, em que tanto a pélvis fetal como os pés se apresentam no canal de parto; incompleta modo nádegas, apenas a pélvis no canal de parto; incompleta modo pés, pelo menos um dos membros inferiores em total extensão no canal de parto. Em situações selecionadas é possível o parto vaginal nas apresentações pélvicas, mas a opção pela cesariana tem constituído a norma (1).

Causa Materna/Patologia da Gravidez (CM/PG) – conjunto de situações clínicas médicas ou obstétricas, que condicionam a saúde da mãe e/ou feto. Inclui patologias maternas que contraindiquem o parto vaginal (ex.: infecção herpética genital ativa), patologia própria da gravidez (ex.: placenta acreta) e cirurgia uterina prévia (ex.: cesariana anterior com histerotomia corporal) (2).

Episiotomia – Incisão perineal cirúrgica realizada durante o período expulsivo do segundo estadio do trabalho de parto, com o objetivo de alargar o orifício vaginal e prevenir a ocorrência de lacerações do períneo. Esta pode ser mediana, mediolateral ou lateral. Contudo, devido ao maior risco de lesão do esfíncter anal, a episiotomia mediana não é recomendada (3).

Estado fetal não tranquilizador (EFNT) – veio substituir o termo sofrimento fetal, por indicação da *American College of Obstetricians Gynecologist (ACOG)*. Corresponde a um padrão de frequência cardíaca com desacelerações variáveis repetidas, taquicardia ou bradicardia, desacelerações tardias, perda da variabilidade e baixo valor no perfil biofisiológico fetal (4).

Laceração Perineal (LP) – dano na pele e músculos do períneo, podendo atingir o epitélio e esfíncter anal. Esta pode ser classificada em 4 graus: I – dano na mucosa vaginal e pele do períneo; II – dano dos músculos perineais, não atingindo o esfíncter anal; III – dano do períneo e esfíncter anal; IV – danos que se estendem ao epitélio e esfíncter anal (5).

Má apresentação distócica (MAD) – Casos de apresentações fetais anómalas (ex: apresentação de face ou de espádua), que impedem o correto alinhamento do eixo fetal com o eixo do canal de parto (2).

Ocitocina - A ocitocina é um neuropéptido produzido no hipotálamo que estimula a contração das células do músculo liso uterino e as células mioepiteliais dos alvéolos mamilares. Esta pode ser utilizada tanto para iniciar, como para acelerar o trabalho de parto. As contrações geralmente começam em cerca de 30 minutos após a administração de oxitocina (6).

Parto – completa expulsão ou extração do corpo materno de pelo menos um feto, com 22 ou mais semanas de gestação, ou com um peso igual ou superior a 500 gramas, independentemente da existência ou não de vida e de ser espontâneo ou induzido. Este pode ser classificado em: eutócico, quando realizado por via vaginal, sem recurso a instrumentos e com ou sem episiotomia; distócico, quando efetuado com necessidade de instrumentos (fórceps ou ventosa) ou por cesariana (7).

Rutura uterina – emergência obstétrica associada a um maior risco de morte fetal e complicações maternas, como lesão uretral ou da bexiga (8). Os seus sinais e sintomas são variáveis e incluem: bradicardia fetal, aumento das contrações uterinas, hemorragia vaginal e dor uterina aguda (4).

Suspeita de Incompatibilidade Feto-Pélvica (SIFP) - Conjunto de situações em que existe uma desproporção entre o tamanho do feto e as dimensões do canal de parto (2).

Tentativa Frustrada de Indução de Trabalho de Parto (TFITP) – Quando a utilização dos meios farmacológicos (dinoprotona e misoprostol para maturação cervical e ocitocina para indução do trabalho de parto) e/ou mecânicos (sonda de Foley) não permitem atingir os 4 cm de dilatação cervical, ou seja, a fase ativa do trabalho de parto. Este diagnóstico não tem um período limite, sendo avaliado caso a caso e não deve, em si, constituir indicação para realizar uma cesariana (9).

Trabalho de Parto Estacionário (TPE) – Aquele em que não se verifica progressão da dilatação cervical em qualquer uma das suas fases: latência, ativa (primeiro estadió do trabalho de parto) e expulsiva (segundo estadió do trabalho de parto). É a causa mais frequente de cesariana em trabalho de parto (10).

Capítulo 1

Introdução

O parto é um processo fisiológico através do qual se dá a saída do feto do útero materno, juntamente com a placenta, de forma natural pelo canal vaginal (11). De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS), define-se cesariana como a “realização de uma laparotomia, seguida da extração de um ou mais fetos (vivos ou mortos) do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas + 0 dias de gravidez” (2). Esta pode classificar-se, quanto à sua urgência, em:

- Programada, quando é escolhida uma data para a realização da mesma;
- Urgente, quando existe uma situação clínica que carece de resolução num curto espaço de tempo (até 180 minutos);
- Emergente, quando se está perante um perigo iminente de saúde para o feto e/ou parturiente. Deve ser realizada em menos de 15 min.

É também possível classificar uma cesariana quanto à ausência ou fase do trabalho de parto, quanto ao motivo principal para a realização da mesma ou quanto às principais características da gravidez (Classificação de Robson) (2).

Tabela 1 - Classificação de Robson (2).

Grupo	Descrição
Grupo 1	Nulípara, gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo
Grupo 2	Nulípara, gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas, trabalho de parto induzido ou cesariana antes do início do trabalho de parto.
Grupo 3	Multípara (excluindo cesariana prévia), gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas + 0 dias, em trabalho de parto espontâneo.
Grupo 4	Multípara (excluindo cesariana prévia), gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas + 0 dias, trabalho de parto induzido ou cesariana antes do início do trabalho de parto
Grupo 5	Cesariana prévia, gravidez unifetal, apresentação cefálica, ≥ 37 semanas + 0 dias
Grupo 6	Nulípara, apresentação pélvica.
Grupo 7	Multípara, apresentação pélvica (incluindo cesariana prévia).
Grupo 8	Gestação múltipla (incluindo cesariana prévia).
Grupo 9	Situação transversa/oblíqua (incluindo cesariana prévia).
Grupo 10	Pré-termo (<37 semanas + 0 dias), gestação única, apresentação cefálica (incluindo cesariana prévia).

1.1 Contextualização Histórica

Historicamente, o parto era considerado um processo natural, social e emocional que, como tal, acontecia em casa junto da família e amigos (12). Desta forma, o parto vaginal era o modo inquestionável de nascimento, enquanto a cesariana, sendo um procedimento cirúrgico, estava associada a riscos e, portanto, só seria adequada quando a vida da mãe ou do feto estivesse comprometida (13). Até ao final do século XIX, as estatísticas mundiais mostravam uma taxa de sobrevivência à cesariana que não ultrapassava os 50%. Contudo, a partir da segunda metade do século o apoio clínico e as técnicas cirúrgicas evoluíram e começaram a influenciar positivamente os resultados maternos e perinatais (14).

No início do século XX, os hospitais tornaram-se gradualmente o local escolhido para o nascimento, fazendo do parto um evento médico (12). Além disso, a evolução da cesariana por via abdominal constituiu um importante avanço na medicina moderna, principalmente em casos de distocia fetal, complicações maternas severas e algumas má-formações fetais (15). Por isso, as taxas deste procedimento começaram a aumentar por todo o mundo e começou a crescer junto da população a ideia de que este seria menos doloroso, mais seguro e mais saudável que o parto vaginal (13).

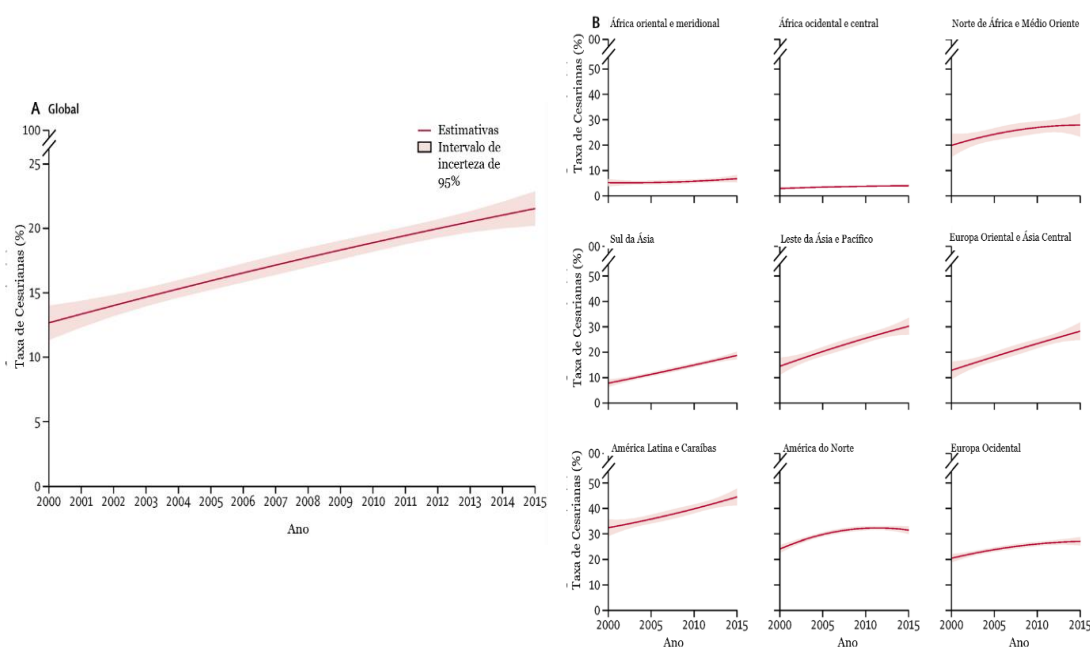


Figura 1 - Frequência estimada e tendências no uso de cesariana, como proporção de nado vivos entre 2000 e 2015. Adaptado de (16).

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) verificou que os países com taxas de mortalidade perinatal mais baixas tinham taxas de cesariana inferiores a 10% (17). Partindo deste princípio, afirmou que não se justificava que “nenhuma região ou país do mundo tivesse taxas de cesariana superiores a 10-15%” (17). Apesar disso, a cesariana é atualmente a cirurgia major mais realizada em todo o mundo (figura 1), com um aumento significativo da sua frequência nos últimos 30 anos (16).

Em 2015, a partir da análise de dados provenientes de 169 países, verificou-se uma taxa de cesarianas global estimada de 21% (18). Nessa avaliação destacaram-se como principais fatores responsáveis: mudanças na prática clínica, as influências demográficas e até mesmo a pressão imposta pelos processos judiciais de má prática médica. (18) O mais recente estudo sobre projeções e taxas de cesariana prevê mesmo que, a este ritmo, em 2030 o número de cesarianas mundial atinga os 38 milhões, o que corresponde a uma taxa de cesarianas global de 30% (19).

1.2 Enquadramento Demográfico

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de cesarianas em Portugal tem aumentado desde 1999, com um crescimento de quase 10% entre 2000 e 2020 (7). No entanto, este crescimento não tem sido sempre linear. Em 2010, a taxa de cesarianas registada em todo o Sistema Nacional de Saúde atingiu um valor máximo de 36,6% (com 31% no setor público) (7). Perante estes valores preocupantes e a implementação bem-sucedida de algumas medidas na região Norte, justificou-se a criação da Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (CNRTC) (20). Esta tinha como principal função propor planos e normas de orientação clínica para contrariar a tendência crescente de partos por cesariana e, assim, conseguir atingir as taxas propostas pela OMS. Nesse sentido surgiu, em 2015, a norma “*Registo de Indicações de Cesariana*”, assim como 5 orientações que visavam diminuir o número de cesarianas em Portugal.

De facto, entre 2010 e 2017 o número de cesarianas diminuiu, conseguindo igualar as taxas de 2004. No entanto, a partir de 2018 os valores voltaram a subir, atingindo os 36,2% em 2020 e as previsões apontam para 37,1% em 2021 (21).

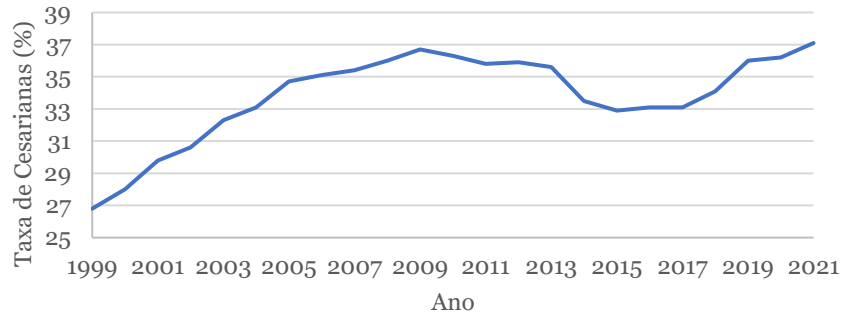


Figura 2 - Evolução da taxa de cesarianas em Portugal, desde 1999 (21).

1.3 Parto Vaginal após Cesariana

No início do século XX ainda prevalecia a máxima de “uma vez cesariana, sempre cesariana” (22). Contudo, em 1982, pela primeira vez, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (CAOG) recomendou o parto vaginal após cesariana (PVAC) como uma “opção aceitável” para a mulher (22). Em 1985, a OMS salientou que não existia “evidência científica que apoie a necessidade de uma cesariana após um primeiro parto por cesariana”, pelo que se deve encorajar o parto vaginal (17). Mais tarde, em 1995, o CAOG acabou mesmo por referir que “todas as mulheres devem realizar PVAC na ausência de contraindicações médicas ou obstétricas”. Contudo, a taxa de PVAC teve uma redução de 28% para 8% entre 1996 e 2012 (22).

Nos países desenvolvidos, as cicatrizes uterinas constituem o principal fator de risco para rutura uterina e são ainda fator de risco major para placenta prévia ou acreta. Este risco aumenta proporcionalmente com o número de cesarianas realizadas (23). Cesarianas iterativas são também associadas ao aumento de complicações maternas como histerectomia, aderências, transfusões sanguíneas e lesões cirúrgicas (24).

Com o objetivo de seguir as recomendações da OMS e visando melhores cuidados em saúde materna, têm sido realizados diversos estudos sobre as taxas de sucesso da VBAC e os fatores preponderante para as mesmas. De entre os estudos mais recentes, destaca-se um estudo retrospectivo realizado nos Estados Unidos, onde se verificou um aumento da taxa de sucesso de VBAC para 16,2% em 2020 (19).

No que diz respeito à saúde materna, as principais vantagens de um PVAC bem-sucedida incluem menores taxas de hemorragia, tromboembolismo e infeção, assim como um menor tempo de recuperação e internamento hospitalar, comparativamente a uma cesariana iterativa (4). No entanto, uma tentativa de parto vaginal após uma primeira cesariana que resulte numa nova cesariana, apresenta elevados riscos para a mulher.

Uma cesariana iterativa de urgência acarreta um maior risco de ruptura uterina, histerectomia, lesões cirúrgicas, transfusões sanguíneas, endometriose e maior período de internamento hospitalar (25).

O sucesso do PVAC parece estar fortemente associado à existência de um parto vaginal ou PVAC anterior, assim como a uma maior dilatação cervical e ruptura de membranas à admissão (26). Ainda assim, muitos são os fatores que influenciam a possibilidade de um PVAC: idade materna, educação, paridade, experiência do obstetra e condições hospitalares (27).

Neste âmbito, em 2007, Grobman *et al.* propôs um nomograma preditivo de sucesso do PVAC baseado em dados recolhidos na primeira avaliação pré-natal (28). Neste modelo destacaram-se a idade materna, índice de massa corporal (IMC), etnia, parto vaginal prévio, PVAC e recorrência de indicação para cesariana, como as variáveis com adequado valor preditivo (22). Já em 2009, o mesmo autor incluiu também variáveis recolhidas à data de admissão como o IMC no momento do parto, pré-eclampsia, idade gestacional ao nascimento, dilatação cervical, apagamento do colo uterino, fase e indução do parto, conseguindo uma melhor performance do seu modelo (29).

Em 2017, Metz *et al.* propuseram um modelo mais simples que contava apenas com informação recolhida no momento da admissão para o parto: índice de Bishop, história de parto vaginal, idade <35 anos, ausência de recorrência de indicação para cesariana, IMC<30 (30). Mulheres com pontuação >16, tinham uma probabilidade de sucesso de VBAC de 85% (30). Este método revelou uma melhor performance que o modelo de Grobman (22).

Ainda assim, são vários os autores que alertam para que estes modelos teóricos não sejam o único *cut-off* para a escolha do tipo de parto, uma vez que todas as mulheres têm o direito a um cuidado pré-natal adequado e devem ter o papel central em todos os aspetos desse cuidado, incluindo participar no planeamento e avaliação do mesmo (17). Em estudos mais recentes surge ainda o conceito de “cuidados na maternidade centrados na pessoa” (CMCP), como um indicador chave da qualidade de tratamento e resultados maternos e neonatais. Estes definem-se como cuidados que são respeitosos e correspondem às necessidades e valores da mulher enquanto indivíduo e à sua família durante o nascimento. Incluem, por isso, cuidados de suporte, comunicação, autonomia, dignidade e respeito (31).

Capítulo 2

Objetivos do Trabalho

Em Portugal ainda não existem muitos estudos sobre a prevalência e sucesso de PVAC. Assim, o presente estudo visa determinar a proporção de êxito de PVAC em mulheres que realizaram uma cesariana prévia e voltaram a ter partos entre 2016 e 2020 no Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (CHUCB).

Considera-se como objetivo principal do estudo a análise estatística comparativa dos PVAC e PCAC ocorridos entre janeiro de 2016 e dezembro de 2020 no CHUCB.

Como objetivos secundários, pretende-se fazer a avaliação dos fatores que influenciam o desfecho favorável ou desfavorável do parto vaginal. Visa-se ainda avaliar as complicações associadas aos PVAC e PCAC e como estas podem condicionar maiores períodos de internamento hospitalar.

Capítulo 3

Materiais e Métodos

O estudo retrospectivo, descritivo e analítico, de mulheres com uma cesariana prévia 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 Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira. Foi considerado o hiato temporal de 5 anos – entre 1 de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2020.

O corrente projeto de investigação foi revisto pela Comissão de Ética do CHUCB (32) que aprovou a realização do estudo. Os dados foram anonimizados de modo a garantir a confidencialidade da informação e privacidade das mulheres incluídas. Devido à natureza retrospectiva do estudo e à extração anonimizada da informação a partir de uma base de dados, o consentimento informado foi dispensado.

3.1 Seleção das paciente e critérios de inclusão/exclusão

A partir da informação consultada no livro de partos do Serviço de Saúde da Criança e da Mulher, foram consultados os processos clínicos de todas as mulheres com uma cesariana prévia e um segundo parto no período de 2016 a 2020.

O critério de inclusão foi história de apenas uma cesariana prévia ao parto realizado neste período. Os critérios de exclusão aplicados foram:

- 1) ausência de história de cesariana prévia;
- 2) antecedentes de mais de um parto até ao período em estudo.

Após a aplicação dos critérios, foram selecionadas um total de 224 mulheres.

3.2 Grupos de estudo

As mulheres foram divididas em 2 grupos de análise. O primeiro grupo intitulou-se PVAC: grupo de mulheres que realizaram um parto vaginal após uma primeira cesariana; e o segundo grupo intitulou-se PCAC: grupo de mulheres que realizaram parto por cesariana após cesariana prévia.

3.3 Procedimentos

A partir da totalidade das pacientes selecionadas e distribuídas em função da realização de PVAC ou PCAC, caracterizou-se cada grupo quanto aos seguintes critérios:

- 1) situação profissional da mãe (empregada, desempregada ou desconhecida);
- 2) semanas de gestação;
- 3) apresentação fetal no momento do nascimento;
- 4) método de indução utilizado;
- 5) complicações;
- 6) tempo de internamento.

No caso de PVAC, avaliou-se a necessidade de recurso a instrumentação e/ou de realização de episiotomia, assim como se ocorreu laceração perineal após o parto.

Já no caso de PCAC, foi avaliado o motivo que levou à realização da mesma.

3.4 Dados e análise estatística

A análise estatística foi realizada através do software SPSS (IBM SPSS statistics versão 28.0.0.0, Armonk, NI, EUA) e do programa Microsoft Excel (Microsoft 365, Albuquerque, Novo México, EUA). Para essa análise, foram realizadas algumas técnicas descritivas e usados os testes de independência do qui-quadrado, teste exato de Fisher e teste de Mann-Whitney nas variáveis não paramétricas.

Em todos os testes de hipóteses foram considerados significativos os testes cujo valor de prova (p ou valor-p) tivesse um nível de significância inferior a 5%, com intervalos de confiança de 95%.

Capítulo 4

Resultados

4.1 Distribuição das pacientes selecionadas por grupos: PVAC e PCAC

Consultando o programa SClínico, foram recolhidos os dados dos processos clínicos das mulheres que tiveram um segundo parto no CHUCB entre 2016 e 2020 e aplicados os critérios de inclusão e exclusão. Resultou, assim, uma amostra de 224 mulheres que foram divididas pelos dois grupos de estudo (figura 3). O grupo de mulheres que realizou PVAC teve um total de 80 mulheres (35,7%) e o grupo que realizou PCAC um total de 144 mulheres (64,3%).

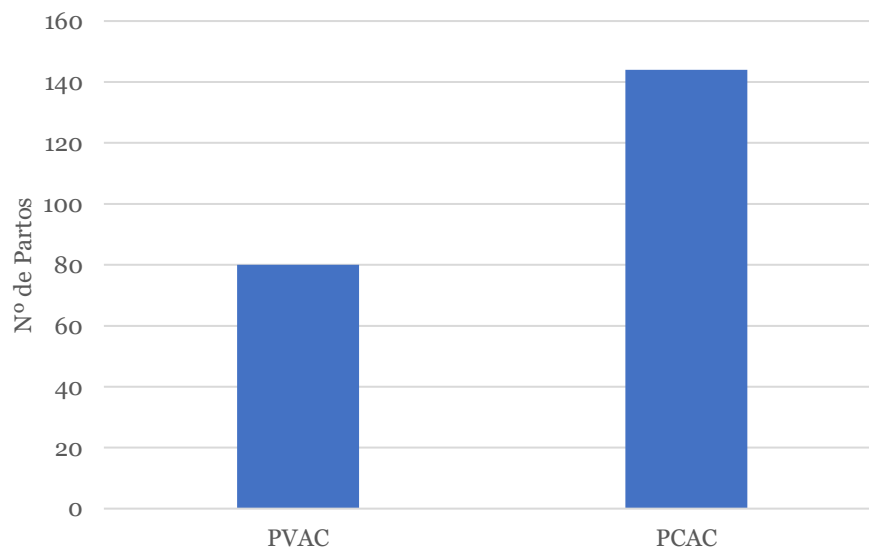


Figura 3 - Distribuição das pacientes selecionadas segundo o tipo de parto realizado, após a primeira cesariana.

4.2 Situação Profissional

Relativamente à situação profissional (tabela 2), no momento do segundo parto 115 mulheres tinham emprego (51,3%), 17 estavam desempregadas (7,6%) e não era conhecida a situação profissional de 92 utentes (41,1%). De entre as mulheres que estavam a trabalhar, 40 realizaram PVAC e 75 PCAC. Relativamente às desempregadas, 8 tiveram PVAC e 9 PCAC. Nas mulheres cuja situação não era conhecida, 32 realizaram PVAC e 60 PCAC.

Tabela 2 - Situação profissional da mãe, no momento da gravidez em estudo. (Teste Mann-Withney)

		Situação Profissional da Mãe				
		Empregada	Desempregada	Não conhecida	Total	P
Tipo de Parto	PVAC	40	8	32	80	0,954
	PCAC	75	9	60	144	
Total		115	17	92	224	

4.3 Idade Gestacional

No que diz respeito à idade gestacional (tabela 3), verificou-se uma média de 38,6 semanas para as mulheres que realizaram PVAC, com um valor mínimo de 23 semanas e um valor máximo de 41 semanas. Já para as utentes que tiveram PCAC, a média foi de 38,9 semanas de gestação, sendo o valor mínimo 30 semanas e o máximo 41 semanas. Para a totalidade dos partos, a média foi de 38,79 semanas de gestação.

Tabela 3 - Idade gestacional no momento do parto. (Teste Mann-Withney, significância para valores de $p < 0,05$)

		Semanas de Gestação			
		Média	Mínimo	Máximo	P
Tipo de Parto	PVAC	38,6	23	41	0,415
	PCAC	38,9	30	41	
Total		38,79	23	41	

4.4 Apresentação no Momento do Parto

De entre as mulheres que realizaram PVAC, verificou-se apenas 1 caso de apresentação pélvica e 1 caso em que não estava descrita a posição do bebé no momento do parto (tabela 4). No grupo de mulheres com PCAC, foram 6 os casos de posição fetal não descrita, 12 tinham apresentação pélvica e 5 apresentação transversa.

Tabela 4 - Apresentação fetal no momento do parto.

		Tipo de Parto		Total
		PVAC	PCAC	
Apresentação	Cefálica	78	121	199
	Transversa	0	5	5
	Pélvica	1	12	13
	Não descrita	1	6	7
Total		80	144	224

4.5 Indução do Parto

Nos 224 partos estudados, verificou-se uma indução do trabalho de parto em 53 casos (figura 4), o que corresponde a uma taxa de 23,66%. Relativamente ao grupo PVAC, foram aplicados métodos de indução a 29 mulheres (36,25%). Em 12 gestantes recorreu-se ao Propess® (dinoprostona), em 13 delas apenas se usou Ocitocina e em 2 delas iniciou-se a indução com Propess® e recorreu-se, posteriormente, à Ocitocina. Foi ainda usado o Misoprostol (análogo sintético da prostaglandina E₁) em 2 situações, ambas com um quarto de comprimido na mucosa jugal. No grupo PCAC, fez-se a indução do parto em 24 casos (16,67%). 13 das induções foram realizadas com Propess®, 5 com Ocitocina e em 4 casos a indução começou com Propess® e foi usada também a Ocitocina. A indução com Misoprostol (50µg) foi feita em 2 situações, uma através da mucosa oral e a outra pela mucosa vaginal.

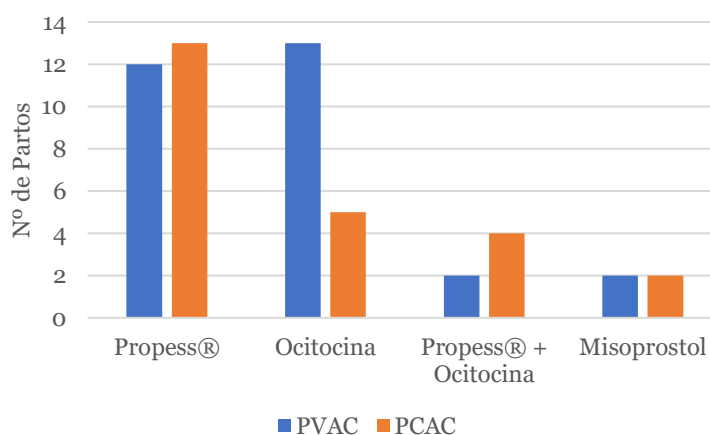


Figura 4 – Distribuição do método de indução usado por PVAC e PCAC. p=0,003. (Teste exato de Fisher)

4.6 PVAC

4.6.1 Tipo de PVAC

Entre as 80 mulheres que realizaram PVAC, verificou-se um total de 51 partos eutócicos (63,75%), 1 dos quais eutócico com apresentação pélvica (figura 5). Nos restantes 29 partos foi necessário recorrer a instrumentação: 27 partos (33,75%) foram realizados com recurso a ventosa e nos outros 2 partos (2,5%) foram usados fórceps.

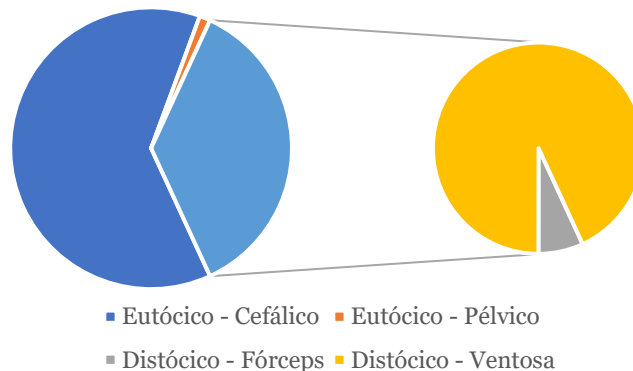


Figura 5 - Caracterização do tipo de parto no grupo PVAC.

4.6.2 Episiotomia

No que diz respeito à episiotomia, esta foi realizada em 50 dos 80 partos vaginais, o que corresponde a uma taxa de 62,5%.

4.6.3 Laceração

Relativamente aos casos de laceração durante o parto, verificou-se um total de 35 casos (43,75%): 14 lacerações de grau 1 (17,5%), 20 lacerações de grau 2 (24,98%) e 1 laceração de grau 3 (1,27%). Não se verificaram lacerações de grau 4.

4.6.4 Relação entre a Episiotomia e a Laceração

Foi avaliada a relação entre a realização de episiotomia e a existência de laceração no momento do parto (tabela 5). O grupo que realizou episiotomia teve uma taxa de lacerações de 30%, contra uma taxa de 66,67% de lacerações no grupo que não realizou. Fazendo uma análise comparativa por grau de laceração, nas mulheres não submetidas a episiotomia o número de lacerações de grau 1 e 2 foi superior. A laceração de grau 3 ocorreu numa mulher submetida a episiotomia.

Tabela 5 - Relação entre a realização de episiotomia e a existência de laceração. (Teste exato de Fisher).

		Episiotomia		p
		Sim	Não	
Laceração	Não	35	10	<0,001
	Grau 1	5	9	
	Grau 2	9	11	
	Grau 3	1	0	
	Total	50	30	

4.7 PCAC

4.7.1 Motivo de PCAC

O grupo que realizou PCAC era constituído por 144 mulheres. De entre os resultados (figura 6) é possível observar que a principal razão para prosseguir novamente para cesariana foi o estado fetal não tranquilizador (EFNT), com um total de 51 casos (35,42%). A segunda razão mais observada foi causa materna/patologia da gravidez (CM/PG) com 32 (22,22%), em seguida uma suspeita de incompatibilidade feto-pélvica (SIFP) com 26 casos (18,06%). Houve necessidade de realizar cesariana por uma má apresentação distócica (MAD) em 17 dos casos analisados (11,81%) e existiram 15 situações de trabalho de parto estacionário (TPE) (10,42%). Foram ainda codificados 3 casos (2,07%) de cesariana por tentativa frustrada de indução de trabalho de parto (TFITP).

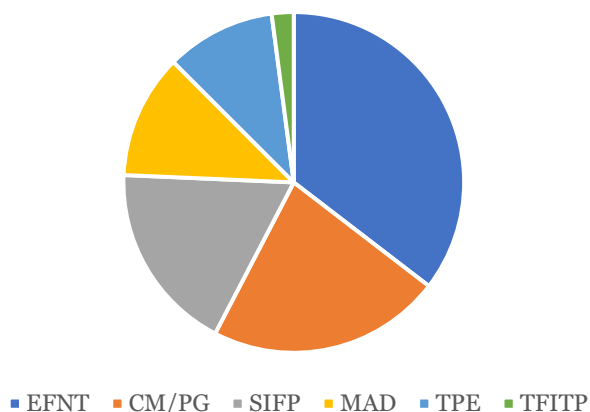


Figura 6 - Caracterização do motivo que condicionou cirurgia no grupo PCAC.

4.8 Complicações do Parto

Foram registadas complicações em 27 dos 224 partos estudados (figura 7). A principal complicação reportada foi a anemia aguda devido a hemorragia, com um total de 11 casos. Verificaram-se 4 casos de atonia uterina e 2 casos de rutura uterina. Foram também observados 3 casos de morte fetal. Outras complicações incluíram casos pontuais de: hemorragia pós-parto sem anemia, hematoma de episiotomia, laceração da bexiga, retenção urinária, hemorroidas, distensão abdominal com timpanismo e luxação do ombro.

No grupo que realizou PVAC registou-se um total de: 7 casos de anemia aguda pós-hemorragia, 1 caso de atonia uterina, 1 caso de hemorragia pós-parto sem anemia, 1 caso de hematoma de episiotomia, 1 caso de retenção urinária, 1 caso de hemorroidas e 1 caso de luxação do ombro. As 3 mortes fetais ocorreram no grupo PVAC, sendo que duas delas foram mortes fetais *in útero*.

O grupo que realizou PCAC registou: 4 casos de anemia aguda pós-hemorragia, 3 casos de atonia uterina, 2 casos de rutura uterina, 1 caso de laceração da bexiga, 1 caso de distensão abdominal com timpanismo.

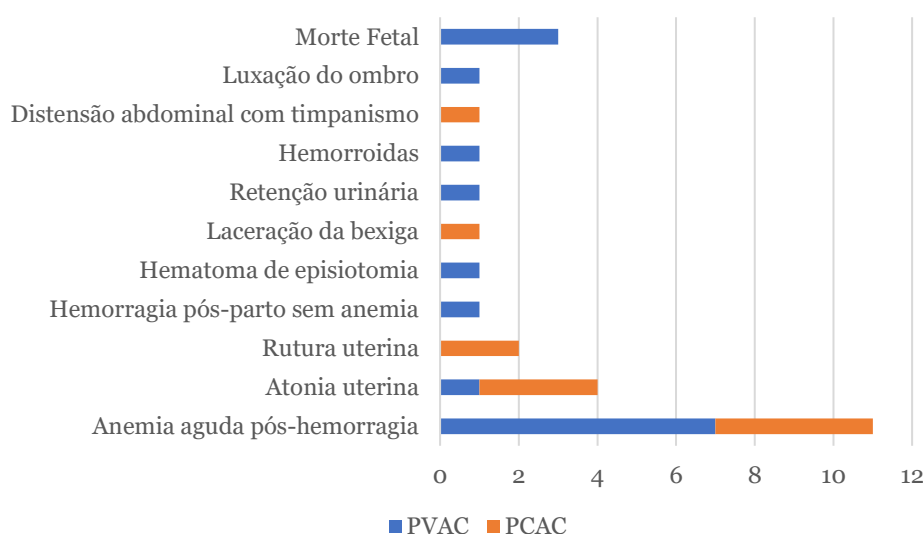


Figura 7 - Caracterização das complicações observadas em cada grupo (PVAC e PCAC).

4.9 Período de Internamento

No que diz respeito ao período de internamento hospitalar (tabela 6), verificou-se uma média de 3,78 dias nas mulheres que realizaram PVAC, com um período mínimo de 2 dias e um máximo registado de 13 dias. Já no grupo de utentes que realizou PCAC, a média foi de 4,17 dias, sendo o mínimo 2 dias e o período máximo registado de 16 dias.

Tabela 6 - Relação entre a realização de episiotomia e a existência de laceração perineal. (Teste exato de Fisher).

		Dias de Internamento			
		Média	Mínimo	Máximo	p
Tipo de Parto	PVAC	3,7750	2	13	0,003
	PCAC	4,1739	2	16	
Total		4,0313	-	-	

Capítulo 5

Discussão

Desde os anos 90 que Portugal é um dos países europeus com maiores taxas de cesarianas, atingindo um pico de 36% em 2009 (21). As taxas preocupantemente elevadas levaram à toma de algumas medidas locais como evitar a indução de parto antes das 41 semanas e a promoção de PVAC (33). No entanto, em 2020, o INE voltou a registar uma taxa global de cesarianas em Portugal de 36,26% (7).

Entre 1 de janeiro de 2016 e 31 de dezembro de 2020, período avaliado neste estudo retrospectivo, verificou-se um total de 80 partos vaginais e 144 partos por cesariana em mulheres com história de apenas uma cesariana anterior. Estes valores correspondem a uma taxa de 35,7% de PVAC e 64,3% de PCAC. Quando comparado com dados prévios de Portugal, o CHUCB tem uma taxa de PVAC inferior (34,35). Uma das hipóteses levantadas para menores valores de PVAC neste hospital foi a não existência de um protocolo de prova de trabalho de parto após cesariana (PTPAC). Existem já vários estudos que avaliam o sucesso de PTPAC, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, que reportam taxas de sucesso de PVAC de 60-85% (36-41).

Relativamente à situação profissional não se verificou significância estatística que permita concluir que esta influencie o tipo de parto, provavelmente porque houve uma elevada taxa de desconhecimento da situação profissional (41,1%).

A média de semanas de gestação foi semelhante para ambos os grupos em estudo, assim como a taxa de partos prematuros: 5% para PVAC e 4,86% para PCAC. Estes valores são inferiores às taxas de prematuridade nacional, no entanto não representam a totalidade dos partos realizados no CHUCB entre 2016 e 2020 (7). Estas taxas podem ainda ser justificadas pelo facto do centro hospitalar não ter recursos suficientes para realizar partos em gestantes com menos de 34 semanas de gestação.

No que diz respeito ao uso de métodos de indução no momento do parto, a bibliografia reporta que taxas mais altas de indução do trabalho de parto influenciam negativamente o sucesso de PVAC (34). Estudos realizados na Índia e Israel mostraram que a indução do parto está associada, de forma independente, com o insucesso de uma tentativa de PVAC (36-39). Um estudo português apresentou também taxas de indução de trabalho de parto de 52,63% no grupo PCAC contra valores de 17,92% no grupo PVAC (35). Neste estudo verificou-se uma taxa de indução do parto de 23,66%, que é relativamente alta. No entanto, a taxa do grupo PVAC foi de 36,25%, enquanto a taxa do grupo PCAC foi de 16,67%. Estes resultados devem-se provavelmente ao facto de o grupo PCAC não incluir

apenas as cesarianas realizadas por tentativa de indução de trabalho de parto vaginal falhada.

De acordo com as orientações publicadas pela DGS em 2015 e as *guidelines* de 2021 do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados (INESC) do Reino Unido, tanto a maturação cervical como a indução do trabalho de parto estão associadas a maior risco de complicações peri e pós-parto. No caso particular da indução com meios farmacológicos, verifica-se uma maior utilização de analgesia epidural, maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes (9,42). Nos partos avaliados, apenas se recorreu a métodos farmacológicos para indução e maturação cervical. Verificou-se uma taxa de indução de 50% nos partos que recorreram ao uso de fórceps e uma taxa de 37,04% nos partos com ventosa. Embora os resultados confirmem o que é dito nas orientações clínicas, não foram encontrados estudos que avaliem diretamente esta relação. Destaca-se ainda que nenhuma das induções com misoprostol resultou em complicações peri ou pós-parto.

No grupo PVAC verificou-se uma maioria de partos eutócicos, destacando-se um com apresentação pélvica, uma taxa de partos por ventosa de 33,75% e 2 partos com recurso a fórceps (2,5%).

Relativamente ao uso de episiotomia no momento do parto, a OMS recomendou, em 1996, que esta não excedesse os 10%, uma vez que pode estar associada a complicações como hemorragias, dor e desconforto perineal, dispareunia ou mesmo complicações em partos subsequentes (43). Neste estudo verificou-se uma taxa de episiotomia de 62,5%, que é um valor muito superior ao recomendado pela OMS. Contudo, estes resultados estão de acordo com um estudo polaco recente, onde se verificou que uma única cesariana prévia aumenta significativamente o risco de episiotomia (43). Fazendo uma análise comparativa, verificou-se uma taxa de complicações superior no grupo que não realizou episiotomia (30%, contra 14% no grupo que realizou). Ainda assim, 4 das complicações registadas no grupo que não realizou episiotomia não estão relacionadas diretamente com o parto, incluindo os 3 casos de morte fetal.

Um parto vaginal está também associado ao risco de laceração perineal. Esta associa-se a dor e deiscência perineal, infeções, dispareunia, disfunção sexual e incontinência urinária e/ou fecal (5). Após a análise dos 80 partos vaginais, verificou-se que existiu laceração em 43,75% dos casos. Estes dados vão de encontro a vários estudos onde se constatou uma maior taxa de lacerações perineais, nomeadamente de 3º e 4º grau, em mulheres que realizaram PVAC (5,45). Embora se tenha verificado um elevado número de lacerações, neste estudo apenas se registou uma laceração de grau 3 e não existiram casos de laceração de grau 4.

Quando avaliada a relação entre episiotomia e laceração, verificou-se que as grávidas não submetidas a episiotomia tinham uma taxa de lacerações duas vezes superior às das utentes sujeitas ao procedimento. No entanto, a única laceração grave registada ocorreu numa mulher a quem foi realizada episiotomia. Duas meta-análises realizadas na Suécia e na China, em 2021 e 2022, respetivamente, também evidenciaram a complexidade de relacionar a episiotomia com lesões perineais de alto grau (45,46). Por um lado, verificaram que a episiotomia nem sempre é um fator de risco para lacerações mais graves e, por outro, existem deficiências no diagnóstico e registo das mesmas, o que condiciona os resultados obtidos. (45,46) Foram ainda avaliadas separadamente as taxas de complicações no grupo de mulheres com episiotomia e mulheres com qualquer grau de lesão perineal, com valores de 14% e 20%, respetivamente. Todavia, verificaram-se 13 partos onde existiu simultaneamente episiotomia e laceração, pelo que não é possível inferir conclusões.

No grupo PCAC, destacaram-se como motivos para seguir a via cirúrgica os seguintes: i) sofrimento fetal; ii) causa materna ou patologia da gravidez; iii) suspeita de incompatibilidade fetal; iv) má apresentação distócica e v) parto estacionário. Embora só tenham sido codificados 3 casos como tentativa de indução de parto frustrada, foram aplicados métodos de indução em 24 grávidas que acabaram por realizar uma segunda cesariana.

Relativamente às complicações pós-parto, registou-se um total de 27 casos, com uma taxa de 20% no grupo PVAC e 15,28% no grupo PCAC. A rutura uterina é a complicação mais grave e mais temida de uma tentativa falhada de PVAC e verifica-se em cerca de 0,2% a 0,9% das mulheres com uma cesariana prévia (8,34). Foram registados 2 casos de rutura uterina, que se traduzem numa taxa de 0,9%, ambos no grupo PCAC. O primeiro caso resultou de uma laceração de ângulo de histerorrafia, que foi suturada sem intercorrências. O segundo correspondeu a um achado durante uma cesariana urgente por EFNT, onde se verificou uma rotura uterina segmentar sem hemorragia ativa, com proclividade do ombro fetal direito. Também se verifica uma associação entre o uso de oxitocina e o maior risco de rutura uterina (41,47). Contudo, as ruturas presentes neste estudo não resultaram de um parto onde se tenha usado um método de indução.

As restantes complicações major, laceração da bexiga e atonia uterina, também ocorreram sobretudo no grupo PCAC. Registou-se apenas um caso de atonia uterina no grupo PVAC.

As principais complicações observadas no grupo PVAC foram hemorragia pós-parto (com e sem anemia aguda consequente), com uma taxa de 10%, inferior a valores obtidos em estudos semelhantes realizados na Roménia (48).

As mortes fetais corresponderam a 11% das complicações observadas neste estudo, valor abaixo dos 25% e 39,5% apresentado por outros trabalhos semelhantes (49,50). Uma das mortes ocorreu *in útero*, às 30 semanas de gestação, num contexto de gravidez de risco por deteção ecográfica de malformação fetal. Verificou-se outra morte *in útero*, com 36 semanas, numa utente sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo. O outro óbito registado ocorreu às 23 semanas de gestação, por parto pré-termo.

Verificou-se que mulheres com PVAC tiveram um período de internamento estatisticamente menor que mulheres que realizaram PCAC ($p = 0,003$). Estes resultados não só confirmam os dados de outros países, como também parecem influenciar a satisfação geral da grávida com a experiência do parto (31,51).

5.1 Limitações do Estudo

Este estudo apresenta como principais limitações o tamanho da amostra e o seu carácter retrospectivo, que pode condicionar viés de seleção e informação. Embora o estudo tenha incluído um período de 5 anos, maior que outros estudos feitos em Portugal, o CHUCB é um hospital pequeno com um número baixo de utentes. Aumentar o tamanho da amostra é importante principalmente para eventos mais raros como rutura uterina, histerectomia ou morte materna e fetal.

Capítulo 6

Conclusão

Apesar das recomendações feitas pela OMS e das diversas *guidelines* publicadas por colégios de especialidade e outras entidades de saúde (CAOG, INESC, DGS, etc.) sobre os riscos e complicações associados ao parto por cesariana, os seus números continuam a subir globalmente (52). Uma medida importante para reduzir estes valores é a tentativa de trabalho de parto vaginal após uma primeira cesariana e têm sido vários os trabalhos realizados com o objetivo de avaliar as suas vantagens e desvantagens.

Portugal tem uma das 10 taxas mais elevadas de cesarianas, entre os países pertencentes à OCDE, pelo que é crucial tomar medidas (53). Além disso, são ainda poucos os estudos sobre PVAC e PTPAC no país.

Este trabalho permitiu concluir que o CHUCB, entre 2016 e 2020, apresentou uma taxa de PVAC para o segundo parto de 35,7%. Das variáveis em estudo, apenas duas não se mostraram estatisticamente significativas na relação com o tipo de parto: a situação profissional da mãe e as semanas de gestação.

Nos partos vaginais estudados observaram-se elevadas taxas de episiotomia e laceração. Contudo, estas não se traduziram num maior número de complicações major quando comparado com o grupo PCAC, nomeadamente lesões perineais graves.

A rutura uterina é a complicação que mais tem condicionado a promoção de PTPAC. No CHUCB existiram apenas 2 casos, 1 deles resultante de uma PTPAC malsucedida. Ainda assim, o PVAC associou-se a uma menor taxa de complicações graves e a um menor período de internamento.

Relativamente às mortes fetais, verificou-se uma taxa inferior à de outros trabalhos semelhantes e sem relação com o tipo de parto.

Concluindo, este estudo traz alguma evidência que pode ser útil para a formulação de novos protocolos ou algoritmos de decisão no momento do parto, numa mulher com uma cesariana prévia.

6.1 Perspetivas Futuras

A caracterização retrospectiva dos diferentes tipos de partos é crucial para identificar fatores preditores de sucesso de PVAC. Novos estudos que incluam mais variáveis e grupos amostrais maiores são importantes para caracterizar a população portuguesa.

Posteriormente, serão igualmente necessários estudos prospectivos que confirmem os dados encontrados.

Bibliografia

1. Ginecol AO, Fonseca A, Nogueira-Silva C, Santos Silva I, Casal E, Pinto L, et al. Guidelines/Normas de Orientação Clínica Vaginal breech delivery Parto pélvico vaginal. Vol. 15, Port. 2021.
2. Ginecol AO, Fonseca A, Nogueira-Silva C, Santos Silva I, Casal E, Pinto L, et al. Guidelines/Normas de Orientação Clínica Registo de indicações de Cesariana, 2015.
3. Ginecol AO, Santo S., Guidelines/Normas de Orientação Clínica Episiotomy Episiotomia,. Vol. 16, Port. 2022.
4. Vaginal Birth After Cesarean Delivery ACOG PRACTICE BULLET IN Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, 2017.
5. Bączek G, Rzońca E, Sys D, Rychlewicz S, Durka A, Rzońca P, et al. Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth—Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Jun 23;19(13):7653. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/13/7653>
6. Nunes, I., Nogueira-Silva, C., Castro, T. C., Costa, F. J., Antunes, I., Santo S., Guidelines/Normas de Orientação Clínica Oxytocin in Labor – acceleration and induction, Ocitocina no Trabalho de Parto – aceleração e indução, *Acta Obstet Ginecol Port*, Vol. 15, 2021
7. Estatísticas da Saúde - 2020. Estatísticas da Saúde - 2020 [Internet]. 2020. Available from: www.ine.pt
8. Varlas VN, Rhazi Y, Georgiana Bors R, Penes O, Radavoi D. The urological complications of vaginal birth after cesarean (VBAC) – a literature review. *J Med Life* [Internet]. 2021 Aug 1;14(4):443–7. Available from: <https://medandlife.org/wp-content/uploads/JMedLife-14-443.pdf>
9. DGS, Orientação nº 002/2015, Indução do trabalho de parto [Internet]. Available from: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>.
10. DGC, Orientação nº 001/2015, Trabalho de parto estacionário [Internet]. Available from: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt>.
11. Rozo-Agudelo N, Daza-Barrera SC. Estimación de la frecuencia del parto vaginal instrumentado en Colombia en los años 2015 – 2019. Estudio transversal de registros poblacionales. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2022 Dec 30;73(4):358–68.

12. Zwelling E. The emergence of high-tech birthing. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2008;37(1):85–93.
13. Saraf T, Bagga R. Cesarean section or normal vaginal delivery: A cross-sectional study of attitude of medical students. *J Educ Health Promot [Internet]*. 2022 Jan 1;11(1):357. Available from: <http://www.jehp.net/text.asp?2022/11/1/357/361947>
14. Madi JM. Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais Impact of vaginal delivery after a previous cesarean section on perinatal outcomes.
15. Arango-Montoya C, López-Arroyave MX, Marín-Ríos J, Colonia-Toro A, Bareño-Silva J. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2022 Dec 30;73(4):369–77.
16. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet [Internet]*. 2018 Oct 13;392(10155):1341–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618319287>
17. Wiley J. 77-80. 8. Yates DW. Airway patency in fatal accidents. Vol. ii, *Br Med J*. John Wiley; 1981.
18. Wingert A, Hartling L, Sebastianski M, Johnson C, Featherstone R, Vandermeer B, et al. Clinical interventions that influence vaginal birth after cesarean delivery rates: Systematic Review & Meta-Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 2019 Dec 30;19(1):529. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2689-5>
19. Bruno AM, Allshouse AA, Metz TD. Trends in Attempted and Successful Trial of Labor After Cesarean Delivery in the United States From 2010 to 2020. *Obstetrics & Gynecology [Internet]*. 2023 Jan;141(1):173–5. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/AOG.0000000000004998>
20. Diário da República, 2.^a série-N.º 45-5 de março de 2013.
21. Censos 2021 - resultados. [Internet]. 2020. Available from: www.inec.pt
22. Fonseca JE, Rodríguez JL, Salazar DM. Validation of a predictive model for successful vaginal birth after cesarean section. *Colomb Med [Internet]*. 2019 May

- 1;50(1):13–21. Available from:
<https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/3927>
23. 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). Vol. 170, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. Elsevier Ireland Ltd; 2013. p. 25–32.
 24. Mesay F, Melese E, Wudie G, Feleke SF, Dessie AM. A Prognostic Study for the Development of Risk Prediction Model for the Success of Vaginal Birth Following a Cesarean Surgery at Felege Hiwot Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2023 Jan;Volume 16:55–68. Available from: <https://www.dovepress.com/a-prognostic-study-for-the-development-of-risk-prediction-model-for-th-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP>
 25. Lydon-Rochelle MT, Cahill AG, Spong CY. Birth After Previous Cesarean Delivery: Short-Term Maternal Outcomes. *Semin Perinatol* [Internet]. 2010 Aug;34(4):249–57. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0146000510000285>
 26. Barbounaki S, Gourounti K, Sarantaki A. Vaginal Birth After Cesarean Section (VBAC) Model using Fuzzy Analytic Hierarch Process. *Acta Informatica Medica* [Internet]. 2021;29(4):275. Available from: <https://www.ejmanager.com/fulltextpdf.php?mno=140387>
 27. Chen YT, Hsieh YC, Shen H, Cheng CH, Lee KH, Torng PL. Vaginal birth after cesarean section: Experience from a regional hospital. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2022 May 1;61(3):422–6.
 28. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Development of a Nomogram for Prediction of Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2007 Apr;109(4):806–12.
 29. Grobman W, Lai Y, Landon M, Spong C, Leveno K, Rouse D, et al. Does Information Available at Admission for Delivery Improve Prediction of Vaginal Birth after Cesarean? *Am J Perinatol* [Internet]. 2009 Nov 7;26(10):693–701. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0029-1239494>
 30. Metz TD, Stoddard GJ, Henry E, Jackson M, Holmgren C, Esplin S. Simple, Validated Vaginal Birth After Cesarean Delivery Prediction Model for Use at the



- Time of Admission. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2013 Sep;122(3):571–8. Available from: <http://journals.lww.com/00006250-201309000-00013>
31. Kapula N, Sacks E, Wang DT, Odiase O, Requejo J, Afulani PA, et al. Associations between self-reported obstetric complications and experience of care: a secondary analysis of survey data from Ghana, Kenya, and India. *Reprod Health* [Internet]. 2023 Jan 6;20(1):7. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-022-01546-z>
 32. Autorização do Estudo 44-2022.
 33. Ayres-De-Campos D, Cruz J, Medeiros-Borges C, Costa-Santos C, Vicente L. Lowered national cesarean section rates after a concerted action. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2015 Apr 1;94(4):391–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12582>
 34. Abreu-Silva J, Castro J, Maia C, Pinho M, Carvalho C. Trial of labour after caesarean section: Two-year analysis at a Portuguese centre. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* [Internet]. 2017 Aug 18;37(6):704–8. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2017.1286465>
 35. Grobman W, Lai Y, Landon M, Spong C, Leveno K, Rouse D, et al. Does Information Available at Admission for Delivery Improve Prediction of Vaginal Birth after Cesarean? *Am J Perinatol* [Internet]. 2009 Nov 7;26(10):693–701. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0029-1239494>
 36. He X, Dai Q, Wu X, Zhou J, Li J. Outcomes and risk factors for failed trial of labor after cesarean delivery (TOLAC) in women with one previous cesarean section: a Chinese population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 Sep 3;22(1):676. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-05005-2>
 37. Thapsamuthdechakorn A, Sekararithi R, Tongsong T. Factors Associated with Successful Trial of Labor after Cesarean Section: A Retrospective Cohort Study. *J Pregnancy* [Internet]. 2018 Jun 3;2018:1–5. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2018/6140982/>
 38. Parveen S, Rengaraj S, Chaturvedula L. Factors associated with the outcome of TOLAC after one previous caesarean section: a retrospective cohort study. *J Obstet Gynaecol (Lahore)* [Internet]. 2022 Apr 3;42(3):430–6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2021.1916451>

39. Levin G, Tsur A, Tenenbaum L, Mor N, Zamir M, Meyer R. Prediction of vaginal birth after cesarean for labor dystocia by sonographic estimated fetal weight. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2022 Jul 15;158(1):50–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13946>
40. Rawashdeh H, Aljalodi H, Shamleh RA, Alshorman S, AboShindi H, Awawdeh S. Validation of the Grobman model for successful vaginal birth after cesarean section in Jordanian women. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 Jan 20;23(1):49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36670392>
41. Arango-Montoya C, López-Aroyave MX, Marín-Ríos J, Colonia-Toro A, Bareño-Silva J. Parto vaginal exitoso y resultados maternos y perinatales en pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto: estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2022 Dec 30;73(4):369–77. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3874>
42. Inducing labour NICE guideline [Internet]. 2021. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng207
43. Bączek G, Rychlewicz S, Sys D, Rzońca P, Teliga-Czajkowska J. Episiotomy for Medical Indications during Vaginal Birth—Retrospective Analysis of Risk Factors Determining the Performance of This Procedure. *J Clin Med* [Internet]. 2022 Jul 26;11(15):4334. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/11/15/4334>
44. Santo S. Normas de Orientação Clínica SPOMMF - Episiotomia.
45. Hu Y, Lu H, Huang Q, Ren L, Wang N, Huang J, et al. Risk factors for severe perineal lacerations during childbirth: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Clin Nurs* [Internet]. 2022 Jul 5; Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.16438>
46. Gyhagen M, Ellström Engh M, Husslein H, Koelbl H, Nilsson IEK, Schulz J, et al. Temporal trends in obstetric anal sphincter injury from the first vaginal delivery in Austria, Canada, Norway, and Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2021 Nov 25;100(11):1969–76. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.14244>
47. Germano C, Mappa I, Cromi A, Busato E, Incerti M, Lojacono A, et al. Induction of Labor in Women with Previous Cesarean Section and Unfavorable Cervix: A Retrospective Cohort Study. *Healthcare* [Internet]. 2023 Feb 12;11(4):543. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/4/543>

48. Carauleanu A, Tanasa I, Nemescu D, Haba R, Socolov D. Vaginal birth after Cesarean experience in Romania: A retrospective case-series study and online survey. *Exp Ther Med* [Internet]. 2021 Jun 18;22(2):894. Available from: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2021.10326>
49. Biraboneye S P, Ogutu O, van Roosmalen J, Wanjala S, Lubano K, Kinuthia J. Trial of labour or elective repeat caesarean delivery:are women making an informed decision at Kenyatta national hospital? *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2017 Dec 15;17(1):260. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1440-3>
50. Akinlusi FM, Olayiwola AA, Rabiou KA, Oshodi YA, Ottun TA, Shittu KA. Prior childbirth experience and attitude towards subsequent vaginal birth after one caesarean delivery in Lagos, Nigeria: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 Jan 30;23(1):82. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05348-4>
51. Mekonnen BD, Asfaw AA. Predictors of successful vaginal birth after a cesarean section in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2023 Jan 26;23(1):65. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05396-w>
52. Laine K, Pay AD, Yli BM. Time trends in caesarean section rates and associations with perinatal and neonatal health: a population-based cohort study of 1 153 789 births in Norway. *BMJ Open* [Internet]. 2023 Feb 1;13(2):e069562. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36725101>
53. Health at a Glance: Europe 2022 [Internet]. OECD; 2022. (Health at a Glance: Europe). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
54. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Development of a Nomogram for Prediction of Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2007 Apr;109(4):806–12. Available from: <https://journals.lww.com/00006250-200704000-00005>

Anexos

Anexo I – Autorização do Estudo

	IMPRESSO Parecer da Comissão de Ética para a Saúde Código: CHUCB.IMP.COMET.01 Edição: 5 Revisão: 1
Parecer nº: 37/2022 Data: 2022/09/23	
Assunto: Estudo nº 44/2022 – “Parto vaginal pós-cesariana: a experiência do CHUCB”	
Membros da CE do CHUCB: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado (Presidente, Farmacêutico) Dra. Ana Paula Torgal Carreira (Vice-Presidente, Assistente Social) Dr. Luís Manuel Ribeiro (Médico) Enf. Maria Gabriela Ramalhinho (Enfermeira) Dra. Maria Teresa Bordalo Santos (Psicóloga) Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro (Jurista) Dr. António Luciano Costa (Teólogo)	Exma. Senhora Investigadora: Ana Maria Grilo Teodoro A Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 2022/09/23, deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 44/2022 – “Parto vaginal pós-cesariana: a experiência do CHUCB” Membros da CES do CHUCB presentes: Prof. Doutor Manuel Passos Morgado Dra. Ana Paula Torgal Carreira Dra. Maria Teresa Bordalo Santos Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro Dr. António Luciano Costa Parecer: Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização. Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados. A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias. O Presidente da Comissão de Ética do CHUCB  (Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)
Página: 1 de 1	
	

Considerando, no âmbito do estudo nº 44/2022 "Parto vaginal pós-cesariana: a experiência do CHUCB" que:

- Existe todo um processo adjacente a este pedido, que deu entrada no Serviço de Investigação, Epidemiologia e Saúde Pública – Gabinete de Investigação e Inovação, e que obteve os pareceres favoráveis do Coordenador deste Gabinete, do Diretor de Serviço envolvido e da respetiva Comissão de Ética, nos termos da Lei da Investigação Clínica (Lei 21/2014) e do Regulamento e Procedimentos deste Centro de Investigação;
- Os intervenientes no processo estão abrangidos pelo sigilo profissional ou assinaram declaração de confidencialidade;
- Os intervenientes no processo comprometem-se a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo;
- O interesse público revelado pelo presente estudo.

Foram verificadas as condições acima descritas autorizando-se a realização do estudo e solicitando-se ao Serviço de Gestão de Produção e Apoio ao Planeamento – GEPI que forneça os dados de Utentes com parto vaginal no CHUCB após uma primeira cesariana, entre 2016 e 2021, à Drª Nélia Lamberta Pereira Rodrigue, médica a exercer no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Data: 27/09/2022

EPD



RAI


responsável pelo Acesso à Informação
CHUCB, E.P.E.



Dados de saúde

- Informação clínica relativa aos partos (vaginal/cesariana, tipo de indução, progressão, complicações)

