

valiar a situação. Caso se confirme que iniciou o trabalho de parto ou que teve uma rotura de membranas, é possível que lhe seja proposta uma cesariana. No entanto, se o trabalho de parto já estiver muito avançado, pode ser vantajoso considerar a tentativa de PVAC.

### Resumo

No Hospital de Santa Maria, existem todas as condições de segurança para a realização de uma tentativa de PVAC, pelo que esta é encorajada na maioria das mulheres que tiveram uma cesariana anterior, em linha com as recomendações de instituições científicas médicas nacionais e internacionais. Considera-se que é a opção mais segura para estas grávidas e condiciona riscos de saúde muito baixos para o bebé.

Para as grávidas com duas cesarianas anteriores, os benefícios do PVAC são menos claros e como tal é geralmente recomendada uma cesariana programada. Caso pretenda tentar um PVAC nestas situação por favor fale dos riscos e benefícios com o seu médico.

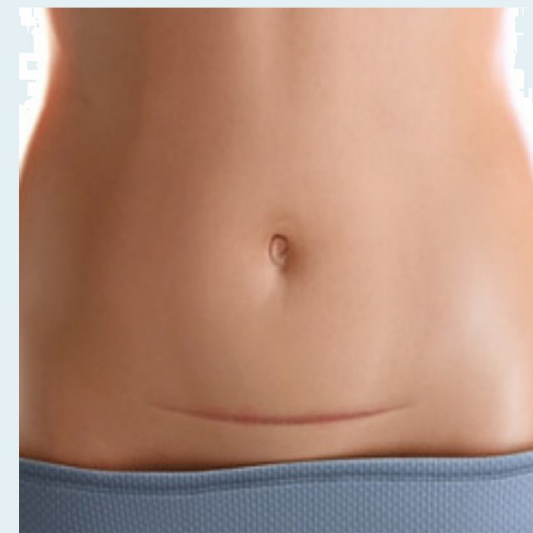
### Bibliografia

1. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, et al. Vaginal birth after cesarean: New insights. Evidence Report/Technology Assessment 2010;191:1-397.
2. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ 2007;176(4):455-60
3. NICE Clinical Guideline: Cesarean section, 2008; RCOG Press.
4. Broc S, Khoo SK. How safe is caesarean section in current practice? A survey of mortality and serious morbidity. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1989;29(2):93-8.
5. Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. Obstet Gynecol 1985;66:89-92.
6. RCOG. Birth After Previous Caesarean Birth Green-top Guideline No. 45 October 2015.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2010;116(2 Pt 1):450-63.



## Serviço de Obstetrícia

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução  
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria



**TIVE UMA CESARIANA NO PASSADO -  
O QUE É IMPORTANTE SABER?**

**CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE**

Av. Prof. Egas Moniz—1649-035 Lisboa

Telefone 21780 50 00

contactcenter@hsm.min-saude.pt

Se numa gravidez anterior foi submetida a uma cesariana, poderá estar a pensar como irá ser o parto na presente gravidez. As alternativas são a **tentativa de parto vaginal após cesariana (PVAC)** e a **cesariana programada**. Ao considerar estas opções é necessário o seu médico ter em conta o motivo para a cesariana anterior, o tempo que decorreu desde a cirurgia, o tipo de incisão feita no útero, eventuais complicações na presente gravidez, as suas probabilidades individuais de sucesso do PVAC, as suas expectativas e os seus planos para uma fertilidade futura.

Nalgumas situações o PVAC está contraindicado devido aos riscos de saúde que acarreta: é o que acontece quando já teve três ou mais cesarianas anteriores, quando ocorreu uma *rotura uterina* (abertura da cicatriz uterina da cesariana) num parto anterior, quando na cesariana anterior foi realizada uma incisão na parte mais alta no útero (*cesariana corporal*), ou quando existem outras condições de saúde que aconselham o parto por cesariana.



### Quais as probabilidades de sucesso do PVAC?

Cerca de 60-70% das mulheres com uma cesariana anterior conseguem ter um PVAC. Quando o trabalho de parto se inicia espontaneamente esta percentagem aumenta para cerca de 75%, e se já tiver ocorrido um parto vaginal após a cesariana chega quase aos 90%. Por outro lado, a maioria das mulheres com duas cesarianas anteriores tem uma nova cesariana na gravidez seguinte.

Não existe forma segura de prever quais as mulheres que conseguirão ter um PVAC, mas sabe-se que a probabilidade é maior quando o motivo da cesariana anterior não foi o *trabalho de parto estacionário* (trabalho de parto que evoluiu até uma certa dilatação e depois não progrediu mais), e quando o peso materno é normal.

### Quais as vantagens do PVAC?

Se tiver um PVAC, terá maior probabilidade de ter um novo parto normal em gestações futuras, terá uma recuperação mais rápida (após a cesariana pode necessitar de ajuda adicional em casa e pode não conseguir guiar durante umas semanas), uma estadia hospitalar mais curta (em média dois em vez de três dias), e menos dor abdominal no pós-parto. Como acontece em todos os partos, existe a possibilidade de se minimizarem as dores do parto com recurso a métodos naturais, a medicamentos, ou à analgesia epidural.

As complicações maternas graves são hoje em dia extremamente raras, estimando-se que ocorreram em 3,8 por 100 000 nascimentos na tentativa de PVAC e em 13,4 por 100 000 nascimentos na cesariana. Embora os números absolutos sejam pequenos, a cesariana tem duas vezes mais complicações anestésicas, 31 vezes mais complicações cirúrgicas (lesões da bexiga e do intestino), 11 vezes mais infeção no pós-parto imediato, quatro vezes mais *trombose venosa* (aparecimento de coágulos nas veias, geralmente das pernas) e *embolia pulmonar* (deslocamento desses coágulos para os pulmões). A cesariana realizada durante o trabalho de parto está associada a riscos de saúde maternos ligeiramente maiores do que a cesariana programada.

A cesariana aumenta ainda o risco de complicações em futuras gestações, estimando-se que o risco de *placenta previa* (placenta que se localiza na parte inferior do útero e que causa frequentemente hemorragia) triplique por cada cesariana realizada, chegando a afetar 10% das grávidas após a quarta cesariana. A *placenta acreta* (placenta anormalmente agarrada ao útero, necessitando por vezes de extração cirúrgica do útero após o nascimento) também está aumentada cerca de 7 vezes, chegando a afetar mais de metade das grávidas após a quarta cesariana.

A dificuldade respiratória do bebé é cerca de duas vezes mais frequente quando este nasce por cesariana (cerca de 4%) do que quando nasce por PVAC (cerca de 2%). Esta dificuldade respiratória é geralmente transitória, mas por vezes implica algum tempo de internamento nos cuidados intensivos neonatais. Pensa-se ainda que os bebés que nascem por cesariana têm um risco 20-25% superior aos outros de desenvolver alergias, obesidade e diabetes na infância.

Na tentativa de PVAC, aguarda-se o início das contrações uterinas rítmicas do trabalho de parto (*trabalho de parto espontâneo*) até às 41 semanas de gestação. Se isto não ocorrer, existem duas opções: a *indução do trabalho de parto* (parto provocado) ou a cesariana programada. A forma de *indução do trabalho de parto* depende de como estiver na altura o *colo do útero* (orifício inferior do útero que se avalia por exame vaginal). Caso esteja ainda duro, grosso e sem dilatação, é necessário introduzir um pequeno balão neste orifício ou então colocar uma fita na vagina que liberta continuamente um medicamento; ambos vão causar uma modificação lenta destas características (*maturação do colo do útero*). Geralmente é necessário esperar 12-48 horas para que estas modificações ocorram. Quando o *colo do útero* se encontrar mais amolecido, fino e com alguma dilatação é possível *induzir o trabalho de parto* colocando um soro com *ocitocina* (hormona sintética que causa contrações uterinas) a correr numa veia do seu antebraço. Como é referido noutras secções deste panfleto, a *indução do trabalho de parto* aumenta 2-3 vezes a probabilidade de insucesso do PVAC.

Como já foi referido anteriormente, a tentativa de PVAC não resulta sempre, e por vezes é necessário realizar uma cesariana durante o trabalho de parto. Os motivos mais frequentes são a paragem na evolução do trabalho de parto e a suspeita de baixa oxigenação do bebé.

Nenhum tipo de parto é isento de riscos. A principal complicação da tentativa de PVAC é a abertura da cicatriz uterina da cesariana anterior (*rotura uterina*) causada pelas contrações do trabalho de parto. Quando a cicatriz abre totalmente pode ocorrer hemorragia interna abundante, descolamento da placenta e baixa oxigenação do bebé. Por este motivo, durante a tentativa de PVAC é sempre realizada a monitorização contínua dos batimentos cardíacos do bebé, das contrações uterinas e dos *sinais vitais maternos* (frequência cardíaca e tensão arterial). Esta monitorização não implica necessariamente ficar imobilizada na cama, já que o hospital dispõe de aparelhos sem fios que permitem que se mobilize livremente durante o trabalho de parto. A *rotura uterina* é extremamente rara ocorrendo em 0,47% dos PVACs e em 0,03% das cesarianas programadas. Geralmente manifesta-se por uma dor forte e contínua na parte inferior da barriga, mas esta pode não ser aparente se estiver com analgesia epidural. Nestas situações a suspeita de *rotura uterina* é baseada sobretudo na alteração dos batimentos cardíacos do bebé ou dos sinais vitais da mãe. Perante uma *rotura uterina* é necessário realizar uma cesariana emergente, sendo nestas circunstâncias o risco de complicações graves para o bebé inferior a 0,2%. Não é possível prever antecipadamente quais as mulheres que irão ter uma *rotura uterina*, nem quais os bebés que serão sujeitos a baixa oxigenação.

### E se for decidida uma cesariana programada?

Por regra, a cesariana é agendada a partir das 39 semanas de gravidez, de forma a minimizar o risco de dificuldade respiratória do recém-nascido anteriormente referida. No entanto, existe uma probabilidade de cerca de 10% do trabalho de parto se iniciar espontaneamente antes das 39 semanas. Se ocorrerem contrações uterinas rítmicas (com intervalos mais ou menos fixos e inferiores a 10 minutos, situação que se mantém durante pelo menos 90 minutos) ou rotura de membranas (saída involuntária de quantidade abundante do líquido transparente pela vagina) é necessário dirigir-se à Urgência de Obstetrícia e Ginecologia para rea-

