

AJUDA DECISIONAL

PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA (PVAC) E LOCAL DE PARTO



Este documento foi produzido pela Luz de Candeeiro Parto e Cuidado Feminino - para orientar as mulheres e suas parcerias na tomada de decisão sobre o parto após cesariana em ambiente extra-hospitalar.

Baseado no modo empático da equipe de ser e existir dentro da obstetrícia, é natural que nos questionemos sobre o papel de fala e escolha das mulheres que estão sob os nossos cuidados.

Para além dos protocolos clínicos que dão diretrizes para a assistência, existe uma mulher que está gestando um bebê e que tem direito de escolha sobre seu corpo, seu cuidado de saúde e sobre o cuidado com seu bebê.

A autonomia de escolha é um direito humano básico, protegido por leis nacionais e tratados internacionais e que precisa ser exercitado diariamente para que tenhamos experiências verdadeiramente plenas e satisfatórias em todos os campos de nossa existência.

Dito isto, demos início à confecção de uma série de “ajudas” para serem utilizadas como **instrumentos de auxílio para a tomada de decisões na gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o bebê.**

Uma Ajuda Decisional é um instrumento para tomada de decisão compartilhada em um contexto de cuidado centrado no paciente, que é parte da filosofia adotada na Luz de Candeeiro. Seu objetivo principal é promover o debate entre mulheres gestantes, profissionais de saúde e outras pessoas envolvidas nas decisões sobre as opções disponíveis. É importante ressaltar que este instrumento não tem a pretensão de substituir o aconselhamento profissional e nem a finalidade de convencimento, mas, sim, de dar suporte para que a mulher analise os riscos e benefícios relacionados a cada escolha de acordo com a literatura científica e também com suas subjetividades e preferências pessoais.

Nesse processo, a(o) profissional que orienta nas ajudas decisoriais precisa apresentar as opções de forma clara, neutra, com linguagem acessível e estar disponível para tirar dúvidas. A mulher e sua parceria devem dispor de tempo de qualidade com a/o profissional e, se necessário, um tempo extra para discutir entre si e também com pessoas que julgam importantes para auxiliar na tomada de decisão.

Esperamos que este instrumento seja o início de um novo modo de prestar assistência, considerando a mulher como centro do cuidado e ativa nas decisões sobre seu corpo, seu parto e seu bebê.

 Um abraço carinhoso!

Ana Cyntia Paulin Baraldi, Iara Simoni Silveira Feyer e Renata de Souza Reis.

Fundadoras do CPN Luz de Candeeiro - Brasília DF

Informações gerais

Se você teve seu bebê por meio de uma cesariana e está grávida novamente, existem 2 opções para planejar esse parto: **uma nova cesariana ou ter um parto vaginal após cesariana (PVAC).**



Partindo do princípio que tanto um PVAC como uma nova cesariana têm riscos e benefícios, fizemos esse documento para ajudá-la a tomar essa decisão com **base em informações de qualidade.** No entanto, a maioria das recomendações sobre PVAC foram geradas a partir de estudos não randomizados e, portanto, com muitos vieses de metodologia e pouca força de evidência. Em outras palavras, não podemos afirmar com certeza que os resultados encontrados traduzem o que acontece na “vida real”.

Algumas perguntas importantes para guiar suas escolhas:

Quais são
minhas opções?

Quais os prós
e os contras de
cada opção?

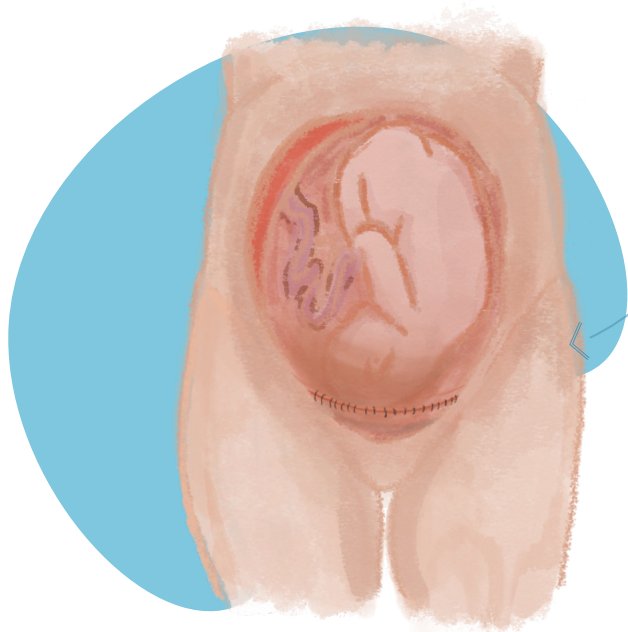
Como conseguir
suporte para me
ajudar a tomar a
melhor decisão?



Estamos à sua disposição para tirar quaisquer dúvidas que você possa ter durante sua leitura.

1 Como saber se eu posso ter um parto vaginal após cesariana?

Para muitas mulheres, a **prova de trabalho de parto após cesariana (PTPAC)** é possível. Há consenso na literatura (1-5) de que um parto vaginal planejado após cesariana é uma escolha segura para a maioria das mulheres com uma cesariana com cicatriz segmentar baixa (que é a **cesariana tradicional**, como conhecemos).



Prova de trabalho de parto após cesariana

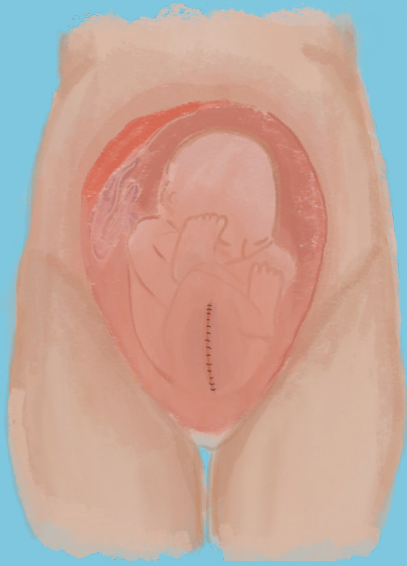
significa você entrar em trabalho de parto e a equipe acompanhar a evolução do trabalho de parto. Caso o bebê nasça de parto vaginal, aí chamamos de parto vaginal após cesariana.

A taxa de sucesso de PTPAC varia de 70 a 90% na literatura (6), a depender de alguns fatores, como a idade materna, índice de massa corporal, se a gestante já teve também um parto normal prévio e o motivo da cesárea anterior.

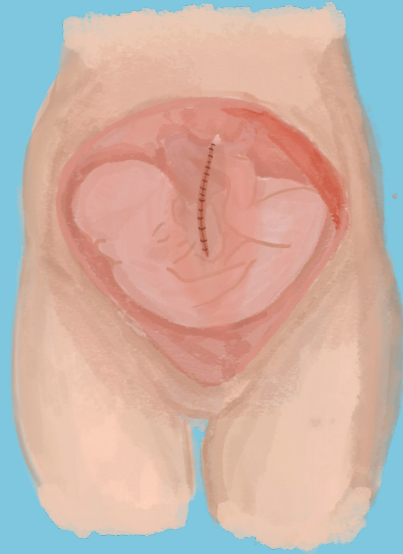
Algumas situações também podem aumentar o risco de uma PTPAC, como o número de cesarianas anteriores, o tipo de corte feito no útero (segmentar baixo, longitudinal) e o número de bebês na barriga (gêmeos, trigêmeos) e precisam ser levados em consideração na hora de se fazer a escolha.



A PTPAC é contraindicada caso você tenha:



1. Uma incisão uterina vertical (clássica) anterior;



2. Um tipo de incisão anterior desconhecido e há suspeita de que foi uma incisão uterina vertical;

3. Uma ruptura uterina anterior (na cicatriz ou no útero).

2 Por que escolher uma PTPAC?

Desejo de vivenciar o processo do parto:

muitas mulheres desejam vivenciar o processo do parto normal de maneira fisiológica e natural.

Impacto nas gestações futuras:

Se você planeja ter mais filhos, o PVAC pode te ajudar a reduzir os riscos associados a múltiplas cesarianas, como placenta prévia (placenta muito próxima ou sobre o colo do útero) ou acretismo placentário (placenta muito aderida ao útero).

Redução dos riscos de complicações cirúrgicas (7):

Sucesso no PVAC é associado com menores perdas sanguíneas e menor ocorrência de infecções e eventos tromboembólicos (tromboses). PVAC também pode reduzir o risco de histerectomia (remoção cirúrgica do útero) e lesões a outros órgãos abdominais (bexiga ou intestino). Existem também os riscos anestésicos e cirúrgicos associados à cesariana e ausentes no parto normal.

Menor tempo de recuperação:

Evitar a cirurgia irá te ajudar a retomar suas atividades mais cedo.

3 Quais fatores diminuem a minha chance de ter um PVAC?

As situações seguintes estão relacionadas a menores chances de ter um PVAC (7):

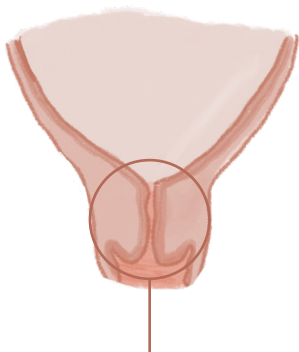
- Trabalho de parto arrastado (muito longo, com evolução lenta);
- Idade materna avançada (> 35 anos);
- Gestações além de 41 semanas;
- Obesidade (Índice de massa corporal - IMC- igual ou superior a 40 kg/m²);
- Ganho de peso excessivo na gestação;
- Pré-eclâmpsia (tipo de pressão alta na gravidez);
- Cesárea anterior há menos de 18 meses;
- História de duas ou mais cesáreas anteriores sem partos vaginais;
- Necessidade de indução do parto com o colo do útero fechado.

4 Quais fatores aumentam a probabilidade de ter um PVAC?

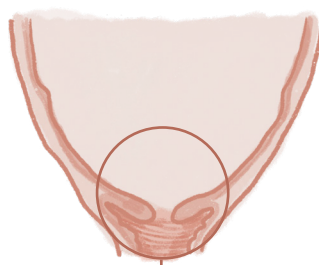
Ter tido um parto normal é o melhor preditor para ter um PVAC, com taxa de sucesso de 85 a 90%. Além disso, outros fatores são entrar em trabalho de parto espontaneamente (sem precisar induzir o parto) e **colo bem trabalhado** no início do trabalho de parto.

Colo do útero bem trabalhado

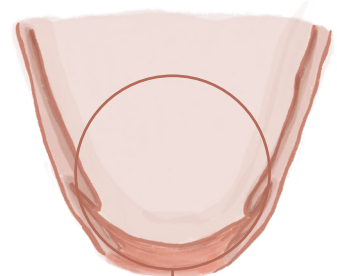
Colo bem trabalhado significa: amolecido, centralizado no canal vaginal, apagado (mais curto que fora de trabalho de parto)



colo do útero longo e grosso



colo do útero curto (apagado) e fino, ou seja, bem trabalhado



colo do útero bem trabalhado e dilatado

5 O que dizem as diretrizes nacionais e internacionais?

Internacionalmente, há um consenso (1) entre o *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)* *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* e *National Institutes of Health (NIH)* de que um PVAC planejado é uma **escolha clinicamente segura para a maioria das mulheres com uma cesárea segmentar baixa anterior.**



No Brasil, diretrizes do Ministério da Saúde (CONITEC) (8) recomendam incluir as gestantes no processo de decisão e trazem que trabalho de parto e parto vaginal em mulheres com cesariana prévia é recomendado na maioria das situações.

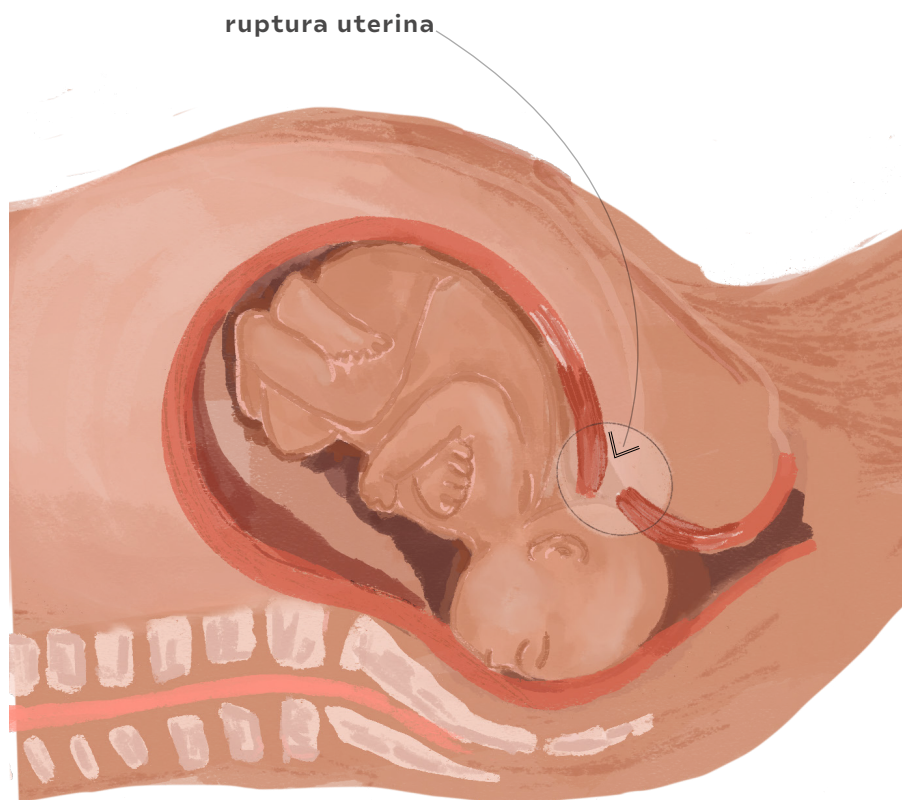
6 Riscos

Todas as opções envolvem riscos e benefícios e é importante que você as conheça para poder decidir com consciência. Enquanto o sucesso do PVAC é associado a menores riscos e complicações do que uma nova **cesariana eletiva**, a falha na prova do trabalho de parto após cesariana é associada a maiores complicações, incluindo, raramente, uma ruptura uterina.

Se a cicatriz uterina da cesárea prévia se **romper durante o trabalho de parto**, uma cesariana de emergência é necessária, com risco de vida para você e seu bebê. O tratamento pode envolver remoção cirúrgica do útero (histerectomia). Se seu útero for removido, você não poderá engravidar novamente.

Cesariana eletiva

É a cesariana agendada para acontecer antes do trabalho de parto começar.

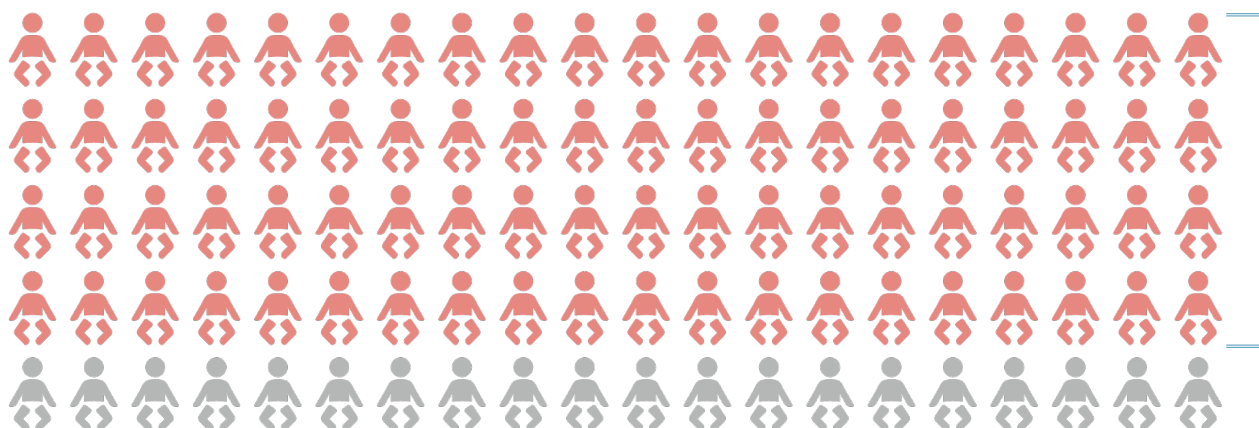


7 O que diz a literatura sobre parto após 2 ou mais cesarianas prévias?

Em relação a duas cesarianas prévias, o risco de complicações de um parto normal é semelhante aos riscos de uma terceira cesariana e a chance de sucesso para um parto normal fica em torno de 80%; o risco de ruptura uterina passa de 1% (com uma cesárea prévia) para 1,7% (duas cesáreas prévias) e 2,8% (três ou mais cesarianas) (8).

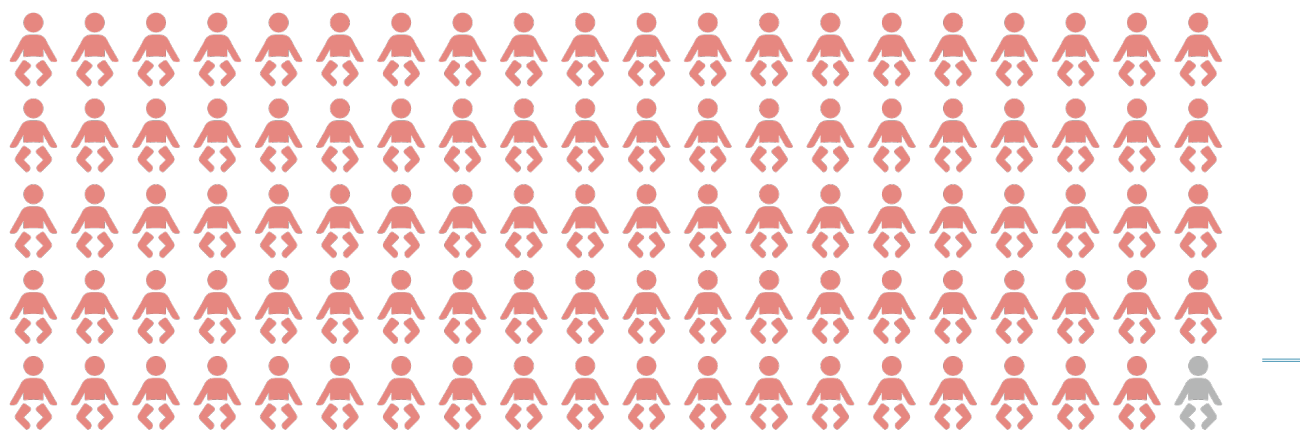
Chance de sucesso para um parto normal com 2 ou mais cesáreas prévias

80% de chance



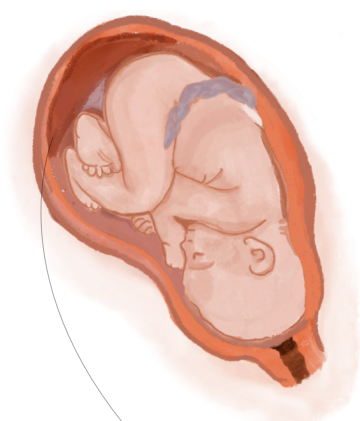
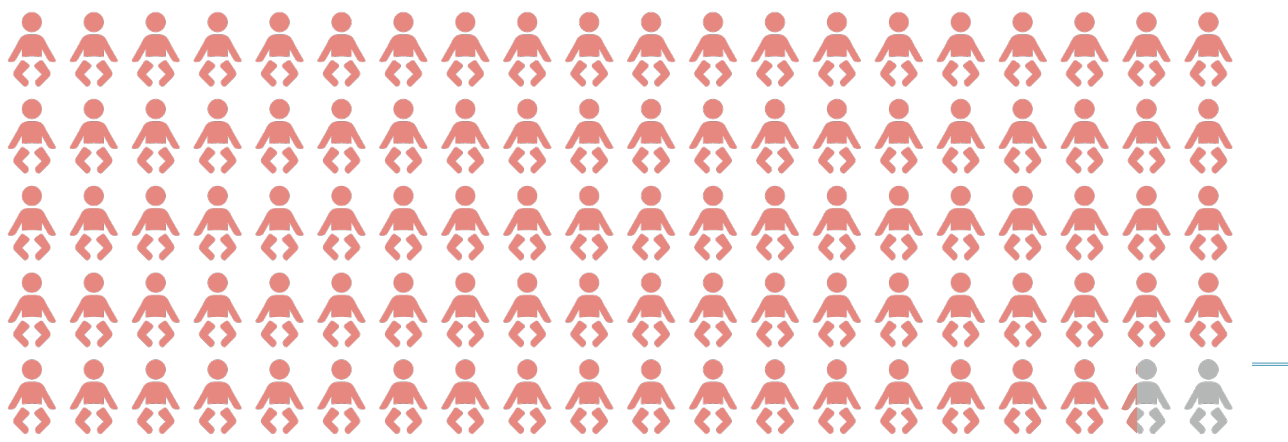
Risco de ruptura uterina com 1 cesárea prévia

1% de risco

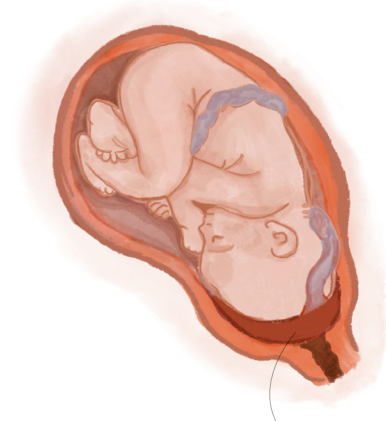


Risco de ruptura uterina com 2 ou mais cesáreas prévias

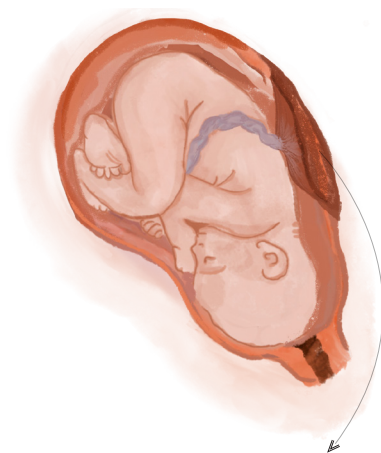
1,7% de risco



placenta normal



placenta prévia



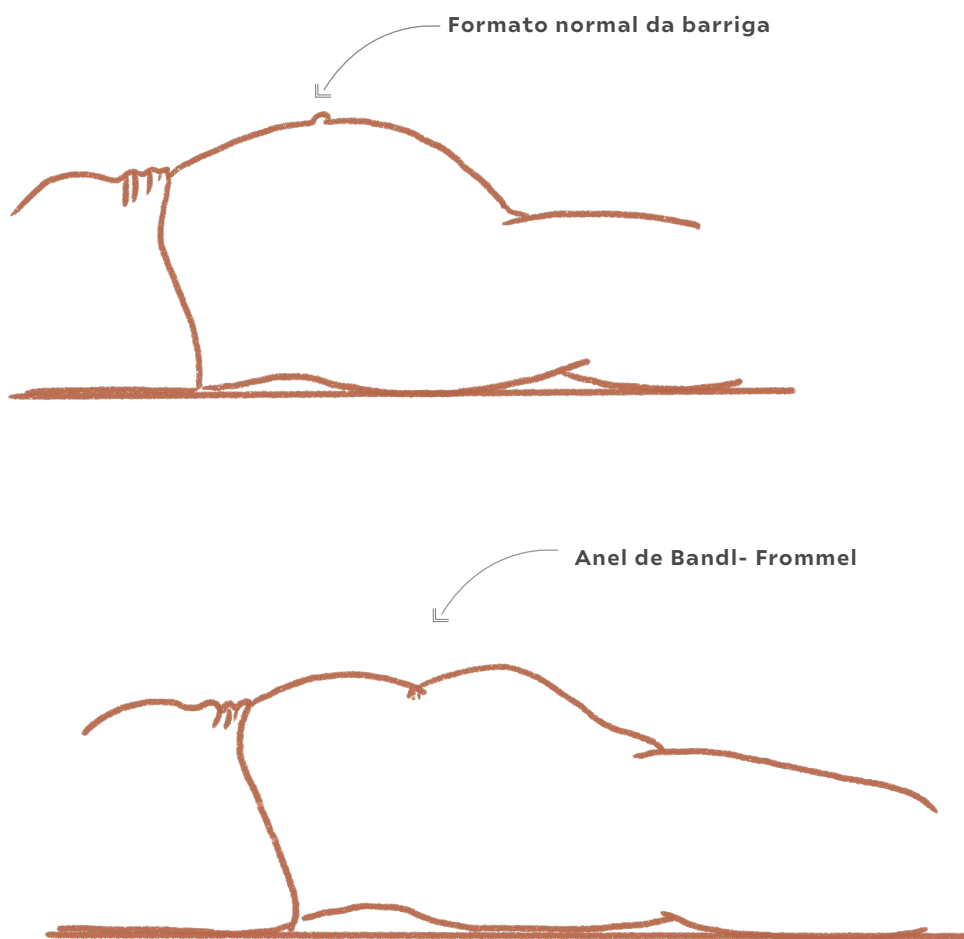
placenta acreta

Se você pretende ter mais filhos, é importante levar em consideração que as chances de ter problemas de má inserção da placenta em gestações futuras (**placenta prévia ou placenta acreta ou “muito aderida”**) aumentam quanto mais cirurgias cesarianas forem realizadas.



8 É possível prever com antecedência a ruptura uterina?

Na maioria dos casos existem sinais que indicam a iminência de ruptura: pode aparecer uma espécie de “anel” na região próxima ao umbigo antes da ruptura (o nome é Anel de Bandl-Frommel), alteração da frequência cardíaca do bebê, dor abdominal aguda, sangramento e alteração no padrão das contrações. Porém, em alguns casos, ela pode acontecer mesmo sem esses sinais.



A seguir temos uma tabela com as estatísticas principais em relação ao parto normal e à cirurgia cesariana para te ajudar na escolha (1,2).

	PARTO NORMAL APÓS CESARIANA	CESARIANA ELETIVA APÓS 39 SEMANAS
DESFECHOS MATERNOS	72-75% chance de sucesso no parto	Possibilidade de planejar o nascimento
	Internação e recuperação mais curtas	Recuperação mais lenta
	Aproximadamente 0,5% de risco de rotura uterina.	Virtualmente previne risco de rotura uterina (risco de 0,02%)
	Para as próximas gestações, aumenta as chances de um parto normal	Para próximas gestações, aumento do risco de placenta prévia, acretismo, aderências com cesarianas repetidas.
	Risco de morte materna 4/100.000	Risco de morte materna 13/100.000
DESFECHOS PARA O BEBÊ	Risco de taquipnéia transitória do recém-nascido 2-3%	Risco de taquipnéia transitória do recém-nascido 4-5%

Taquipnéia transitória do recém-nascido

aumento da frequência respiratória do recém nascido, benigna, que usualmente leva o bebê a ficar em observação em um lugar separado da mãe.

9 Local de Parto

Todas as diretrizes oficiais nacionais e internacionais (1,2,3,7,8) recomendam que a PTPAC aconteça em ambiente que possibilite cuidado contínuo intraparto com recursos disponíveis para fazer uma cesariana imediatamente e com suporte de reanimação neonatal avançado - ou seja, **dentro de um hospital**.

Embora o tempo entre a indicação da cesariana e a realização da cirurgia não seja claro na literatura, há trabalhos mostrando **resultados melhores se a cesariana indicada ocorrer em até 18 minutos**, porém, isso não é uma garantia de bom desfecho.

No entanto, também é consensual que o direito de escolha pelo local de parto das mulheres que tiveram cesariana anterior deve ser respeitado assim como o direito de escolha das mulheres que não tiveram cesariana anterior; a autonomia é um direito básico de todo ser humano, protegido por leis nacionais e tratados internacionais. Nossa postura na Luz de Candeeiro baseia-se em fornecer informações de qualidade e te ajudar a decidir sobre todas as experiências no seu corpo, no seu processo de dar à luz e no nascimento de seu bebê.

É importante você saber que, por serem raras as complicações e pelo volume de nascimentos em CPN ser muito menor do que em ambiente hospitalar, **faltam estudos com alto nível de evidência comparando os desfechos de PTPAC dentro e fora do hospital**.

Os estudos (10) que existem disponíveis até agora apontam que você tem mais chances de ter um parto normal após cesariana em ambiente extra-hospitalar, com menos intervenções e maior satisfação; por outro lado, quando as complicações graves acontecem (especialmente a ruptura uterina) é mais vantajoso para você e seu bebê já estarem dentro de um hospital.



A seguir, você encontra um compilado feito pela Associação Americana de Centros de Parto Normal (10) com indicadores de desfechos aproximados dos partos dentro e fora de hospitais. Os campos sem preenchimento indicam que não foram publicados estudos com esses dados. Vale a pena ressaltar que esses dados dizem respeito à realidade dos Centros de Parto americanos e colocam partos no Centros de Parto e partos domiciliares no mesmo grupo.

	PROVA DE TRABALHO DE PARTO NOS HOSPITAIS	PROVA DE TRABALHO DE PARTO EM DOMICÍLIO OU CPN	NOVA CESARIANA ELETIVA APÓS UMA CESÁRIA
Parto Vaginal com sucesso	60-80%	78,9%	–
Ruptura Uterina	0,71%	0,19%	0,2%
Complicações cirúrgicas	0,37-1,3%	–	0,3 - 0,6%
Transfusão sanguínea materna	0,66%	–	0,46%
Histerectomia	0,14%	–	0,16%
Morte materna	0,001%	–	0,009%
Admissão em Unidade Neonatal	0,8 -26,2%	1,1 - 4,2%	1,5 -17,6%
Mortalidade neonatal (até 28 dias após o nascimento)	0,11 %	0,13 -0,19%	0.06%

Um estudo retrospectivo canadense (11) publicado em 2021 também avaliou desfechos dos 4.741 PVAC que aconteceram em casa ou no hospital, entre 2000 e 2017 naquele país, **encontrando uma chance de ter uma cesariana 39% menor entre as mulheres que optaram pela prova do trabalho de parto após cesariana no domicílio.** Não houve morte materna e os efeitos adversos graves maternos e neonatais foram raros e sem diferença entre partos dentro e fora do hospital.



10 O que acontece se eu não entrar em trabalho de parto espontaneamente?

Se seu trabalho de parto não iniciar espontaneamente até **42 semanas** ou se houver algum **fator de risco** que impeça aguardar o trabalho de parto, iremos discutir as opções com você, que podem incluir:

- Induzir o parto - nesse caso a opção mais segura é a indução mecânica pelo método de Krause (ou balão/**sonda**). Prostaglandinas (medicação para preparar o colo do útero e induzir o parto) são contraindicadas e ocitocina sintética (no soro) pode ser usada em ambiente hospitalar e com cautela.
- Fazer uma cesariana.



sonda no colo do útero

11 O que podemos fazer para reduzir ao máximo os desfechos ruins em PTPAC no CPN?

Ainda que não seja garantia de sucesso, em caso da mulher e sua parceria optarem por uma prova de trabalho de parto após cesariana no CPN, propomos as seguintes medidas para minimizar ainda mais os riscos raros de complicações:

- Parto após uma cesariana anterior, com incisão segmentar baixa;
- Parto após mais de uma cesariana anterior se já tiver também pelo menos um parto normal;
- Mulheres com índice de massa corporal (IMC) menor do que 40 kg/m²;
- Cesária prévia há pelo menos 18 meses;
- Ter uma ecografia mostrando placenta distante da cicatriz uterina anterior;
- Partos que se iniciam espontaneamente, sem necessidade de indução;
- Parto com evolução fisiológica, sem necessidade de manobras para reposicionamento fetal e sem alterações de vitalidade do bebê;
- Contratação de ambulância estacionada no CPN a partir da fase ativa do trabalho de parto.



Check list da escolha informada:

- ✓ Tive acesso a todas as informações importantes a respeito da escolha entre uma PTPAC ou outra cesariana em linguagem acessível?
- ✓ As informações foram ofertadas pela equipe de maneira imparcial?
- ✓ Entendi quais são minhas escolhas em relação ao tipo e local de parto, bem como riscos e benefícios de cada opção?
- ✓ Tive tempo para pensar e decidir com calma e consciência?
- ✓ Pude tirar todas as dúvidas que surgiram a respeito dessa escolha?
- ✓ Tive oportunidade de discutir com outras pessoas que eu julgo serem importantes para me ajudarem/darem suporte com essa escolha?
- ✓ Meu coração está tranquilo com essa escolha?
- ✓ Tenho apoio da minha equipe na minha escolha?

REFERÊNCIAS

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. London: RCOG; 2007.
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section. NICE clinical guideline 132. Manchester: NICE; 2011.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010;116:450-63.
4. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. *NIH Consens State Sci Statements* 2010;27(3).
5. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Reports/ Technology Assessments, No. 191. Rockville, Maryland, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
6. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise J, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD004224. DOI: 10.1002/14651858.CD004224.pub3
7. Association of Ontario Midwives. Clinical Practice Guideline n. 14: Vaginal Birth after previous low-segment Cesarean section. September 2011. Disponível em: <https://www.ontariomidwives.ca/sites/default/files/CPG-Vaginal-birth-after-caesarean-section-PUB.pdf>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS - CONITEC. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Relatório de Recomendação. Brasília, Ministério da Saude, 2015.
9. Landon M. Uterine rupture: after previous cesarean delivery. https://www.uptodate.com/contents/uterine-rupture-after-previous-cesarean-delivery?source=history_widget
10. American Association of Birth Centers (AABC). VBAC - Labour and Birth after Cesarean Section. Clinical Bulletin. Disponível em: <https://www.birthcenters.org/mpage/newsbrief-051719>
11. Bayrampour H et al. Perinatal outcomes do planned home birth after cesarean and planned hospital vaginal birth after cesarean at term gestation in British Columbia, Canada: a restropective population-based cohort study. *Birth*, 2011;00:1-8.

Luz de 
Candeeiro
parto e cuidado feminino

O presente documento foi elaborado pela
equipe da Luz de Candeeiro

Projeto gráfico: Cora comunicações

Ana Cyntia Paulin Baraldi
COREN/DF: 116110

Iara Silveira
COREN/DF: 145375

Renata de Souza Reis
CRM/DF: 15599