

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Cesariana versus Parto Vaginal: como nascer?

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA
2009/2010

Autor | Célia Maria Pinto Saraiva Oliva

Orientador | Dra. Cristina Dias

CESARIANA VERSUS PARTO VAGINAL: COMO NASCER?

CÉLIA OLIVA

RESUMO:

A percentagem de cesarianas tem sofrido um aumento progressivo em todas as idades, raças, condições médicas e idades gestacionais.

Com este trabalho realizou-se uma revisão bibliográfica das complicações associadas a cesariana e a parto vaginal, a curto e longo prazo, bem como os custos pecuniários associados a cada tipo de parto. De igual forma, foram abordadas situações concretas como a apresentação pélvica, cesariana a pedido materno e parto vaginal após cesariana, enquanto condicionantes da taxa de cesarianas. Numa altura em que as despesas em saúde e a justiça distributiva estão na ordem do dia, a pertinência deste estudo prende-se com a análise custo-utilidade dos partos cirúrgicos, comparativamente com os partos vaginais, numa óptica de optimização da alocação de recursos em saúde.

A evidência actual disponível aponta para maiores riscos, para a mãe e recém-nascido, e custos do parto cirúrgico relativamente ao parto vaginal, à excepção de se tratar de apresentação pélvica.

A questão emergente das cesarianas a pedido materno encerra ainda várias questões do ponto de vista clínico, ético, social e económico.

Teremos de nos basear em estudos de elevada qualidade para orientar o processo de decisão e tornar a prática obstétrica mais segura para todos os seus intervenientes através do estabelecimento de protocolos clínicos com vista a estabelecer os casos mais apropriados para parto vaginal ou cesariana e a sua implementação consistente.

PALAVRAS-CHAVE: Apresentação pélvica, Cesariana a pedido materno, Parto Vaginal após cesariana, Custos, Alocação de recursos

1. INTRODUÇÃO

*"Birth is perhaps the most exciting and risky journey taken over a lifetime."*¹

O parto constitui um momento decisivo e condicionante de toda a vida futura, quer da mãe, quer do recém-nascido, com as subsequentes repercussões em saúde pública.

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou que taxas de cesarianas superiores a 15% são medicamente injustificáveis.² Não obstante, tem-se verificado um aumento progressivo, especialmente durante as décadas de 70 e 80.¹

A percentagem de cesarianas nos E.U.A. aumentou de 20,7% em 1996 para 31,1% em 2006.³ Na totalidade, a taxa de cesarianas aumentou 40% em todas as idades, raças, condições médicas e idades gestacionais desde 1996 reflectindo um aumento nas cesarianas primárias (14,6% para 20,6%) e declínio nos partos vaginais após cesariana (28,3% para 9,2%)^{4,5} (ver figura I). Houve também um aumento na cesariana primária sem indicação obstétrica, encontrando-se entre 3 e 7%, em mulheres sem cesariana prévia.^{4,5}

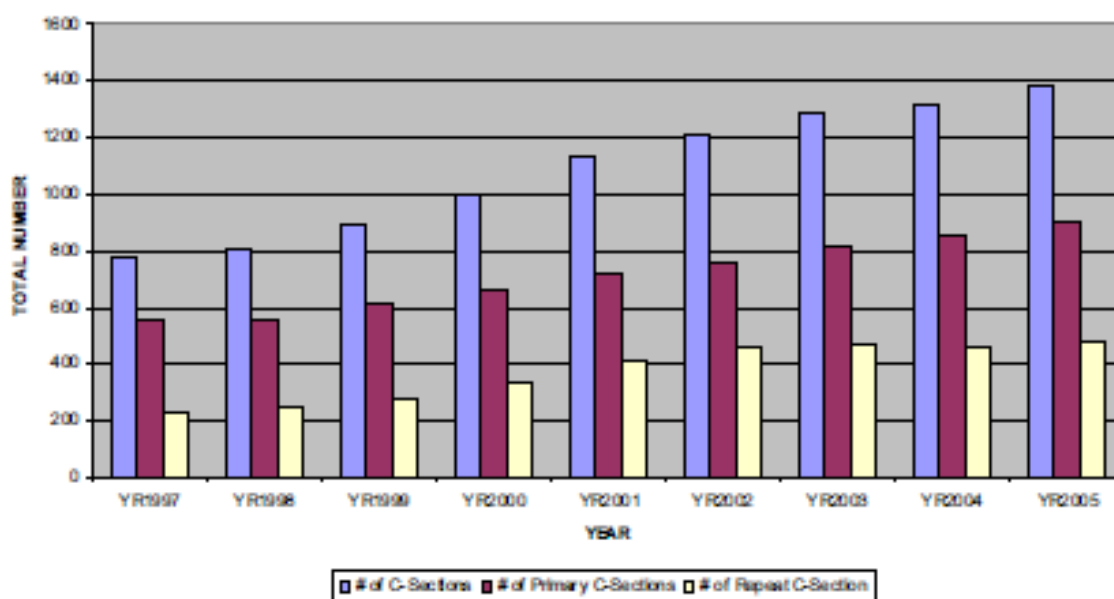


Fig.I- Evolução da taxa de cesarianas no *Lucile Salter Packard Children's Hospital* em Stanford, E.U.A. ⁶

Em Portugal Continental, no ano 2008, realizaram-se 35 537 partos por cesariana, o que corresponde a 35,9/100 nados vivos. Mantém-se a tendência de aumento dos anos anteriores e de divergência em relação à meta definida no Plano Nacional de Saúde para 2010 (24,8/100 nados-vivos). O valor registado em 2008 representa um aumento de 10,4%, relativamente ao valor deste indicador em 2004 (INE 2009)- figura II.

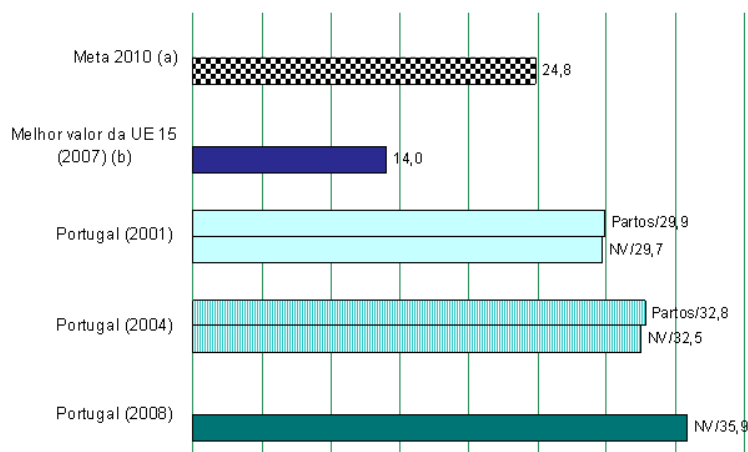


Fig.II- (a) Nova Meta calculada para Portugal Continental. (b) Holanda, OECD Health Data (2009). Fonte: INE, 2009

O parto cirúrgico, em resposta a condições médicas, mostrou ser poupador de vidas para muitas mães e recém-nascidos. Do ponto de vista evolucionista, mudanças na dieta, densidade populacional, exercício e comportamento reprodutivo condicionam primíparas com menor estatura, mais velhas e com mais tecido adiposo do que o que seria ideal para o primeiro parto.⁷ Assim, mudanças antropomórficas e do comportamento reprodutivo, fruto do modo de vida da sociedade actual, condicionam um parto associado a maiores dificuldades e podem contribuir para o aumento do número de cesarianas. Nos países nórdicos e na Holanda, nos quais as mulheres são mais altas e existe pouca disparidade entre níveis de saúde e padrões alimentares nos diferentes sectores da sociedade, existem as mais baixas taxas de cesarianas do mundo ocidental.⁷ Por outro lado, assiste-se a um aumento de cesarianas sem indicação médica aparente, predominantemente atribuído a factores não-obstétricos, incluindo aumento do uso da tecnologia no parto, medo de litígio (práticas médicas defensivas), incentivos financeiros e aumento da idade materna na altura do primeiro parto.⁵ A taxa de cesarianas tem aumentado inclusivamente entre grávidas de baixo risco, segundo os critérios *Healthy People 2010*, isto é, mulheres grávidas com feto único, de termo, em posição cefálica.⁵ Todavia, não existem dados sistemáticos para avaliar se estas cesarianas resultam de pedido materno ou da recomendação dos clínicos. Tendo em conta que a cesariana é o procedimento cirúrgico *major* mais frequentemente realizado¹ é necessária a compreensão das práticas médicas, atitude materna face ao parto, resultados clínicos para a mãe e para o recém-nascido e factores (institucionais, legais, económicos) que afectam a decisão de realizar uma cesariana. Com efeito, a prática clínica muda com a aquisição de novos

conhecimentos e argumentos racionais impõem uma distinção clara entre “factos” e “conveniência”.⁸

Com este trabalho pretende-se realizar uma revisão bibliográfica das complicações associadas a parto cirúrgico e a parto vaginal, a curto e longo prazo, bem como os custos pecuniários associados a cada tipo de parto. De igual forma, pretende-se abordar situações concretas como a apresentação pélvica, o parto vaginal após cesariana e cesariana a pedido materno, enquanto condicionantes da taxa de cesarianas. Numa altura em que as despesas em saúde e a justiça distributiva estão na ordem do dia, a pertinência deste estudo prende-se com a análise custo-utilidade dos partos cirúrgicos, comparativamente com os partos vaginais, numa óptica de optimização da alocação de recursos em saúde.

2. INDICAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE CESARIANA

Entre as causas mais frequentes de indicação de parto por cesariana, têm sido referidas: sofrimento fetal intra-uterino, incompatibilidade céfalo-pélvica, apresentação pélvica, complicações hipertensivas da gravidez, gravidez gemelar ou tripla, não progressão do trabalho de parto, além da indicação de cesariana devido à presença de partos anteriores por essa via^{9,10} ou infecções virais como HIV e herpes vírus.¹¹

Curiosamente, há diferenças substanciais entre as recomendações preconizadas por grupos de obstetrícia americanos e internacionais. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) afirma que na ausência de dados significativos acerca dos riscos e benefícios da cesariana, se o clínico acreditar que o parto cirúrgico promove a saúde e o bem-estar materno e fetal, mais do que o parto vaginal, é eticamente justificada a realização de cesariana.¹² Em contraste, a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) recomenda que, actualmente, devido à falta de evidência, a realização de cesariana sem razões médicas é eticamente injustificável.¹³

Desta forma, não existe unanimidade, e, se em 1992 as principais razões para a realização de cesariana eram sofrimento fetal ou factor uterino, em 2005 indicações psicossociais como medo materno ou pedido materno sem razões obstétricas aparentes constituíram ‘indicações’ para cesariana electiva.¹⁴

3. COMPLICAÇÕES CESARIANA *VERSUS* PARTO VAGINAL

Uma das mudanças testemunhadas nas últimas décadas é o aumento de atenção ao feto.¹ Relativamente a este, há evidência que sugere que a cesariana está associada a maior risco de complicações a curto e longo prazo.^{1,5,15,16} Vários estudos indicam que a cesariana aumenta o risco de complicações respiratórias pós-natais, pela evicção da compressão torácica e diminuição da libertação de catecolaminas, que acontece durante o parto eutócico.^{1,15,17} Coloca-se a hipótese de que a concentração de surfactante é menor quando ocorre cesariana electiva, comparativamente com partos eutócicos ou cesarianas realizadas após o início do trabalho de parto, uma vez que o trabalho de parto induz a libertação de catecolaminas e prostaglandinas que promovem a secreção de surfactante.^{1,5}

Também do ponto de vista imunológico o trabalho de parto pode constituir um processo benéfico para o recém-nascido e desta forma modelar a actividade de vários factores imunológicos como neutrófilos e células *natural killer* (NK), e por isso diversos autores expressam preocupação relativamente à possibilidade do aumento da frequência de cesarianas estar associado ao aumento da incidência de doenças como a asma.¹ Adicionalmente, o trabalho de parto desencadeia um aumento na libertação de glutathione (anti-oxidante não enzimático) em fetos de termo, apresentando *per se* um papel importante contra o dano oxidante na fase precoce da vida.¹

As taxas de mortalidade neonatal são 2,9 vezes mais elevadas nos recém-nascidos por cesariana relativamente aos que nascem por parto eutócico. Esta diferença só decresce ligeiramente quando os valores são ajustados para factores médicos e demográficos e quando mortes por malformações congénitas e eventos com índices de Apgar inferiores a 4 são excluídos.⁵ O risco absoluto de nascimento de nado-morto inexplicado às 39 semanas de gestação é significativamente maior nas mulheres que realizaram cesariana prévia em comparação com as que realizaram parto vaginal.¹ A explicação pode residir no facto de que cesariana prévia resulta numa estenose dos vasos uterinos, resultando num padrão de grande resistência ao fluxo sanguíneo que por sua vez conduz ao mau desenvolvimento das vilosidades coriônicas.¹ Desta maneira é possível explicar a associação entre cesariana prévia, anormal implantação da placenta e nado-morto. As cesarianas primárias estão assim associadas a aumento dos riscos nas gestações posteriores de parto pré-termo, baixo peso ao nascer e morte neonatal.¹¹ No seu parto subsequente, mulheres que realizaram cesariana apresentam maior risco de complicações maternas e neonatais comparadas com as que realizaram parto vaginal.¹⁸

Outros riscos associados a cesariana incluem adaptação neurológica mais lenta, risco de laceração do feto durante a extracção e complicações no estabelecimento da amamentação,^{5,16} não demonstrando protecção relativamente ao dano do plexo braquial.¹⁵ Segundo Steer e Modi (2009) os bebés nascidos a partir de parto vaginal programado apresentam os melhores resultados e aqueles que nascem através de cesariana de emergência os piores.¹⁹ A cesariana electiva está associada a maiores custos, e os bebés apresentam taxas de admissão mais elevadas na unidade neonatal, maior necessidade de suplementação de oxigénio, maior incidência de hipoglicemia e problemas respiratórios. De realçar que apesar das recomendações do Consenso do *National Institutes of Health* (2006),²⁰ quase 50% das mulheres deram à luz precocemente, antes das 39 semanas, por escolha ou conveniência.¹⁹ As mulheres que foram submetidas a cesariana de emergência (26% das que tentaram parto vaginal), apresentaram a maior morbilidade, mas este achado é concordante com a indução do trabalho de parto e a corioamnionite, dois factores independentes associados a resultados adversos para o recém-nascido.¹⁹

Relativamente às implicações a longo prazo, num estudo prospectivo de Xu *et al* (2001), foram seguidos 6000 pacientes até à idade dos 31 anos, tendo os autores demonstrado forte associação entre cesariana e desenvolvimento de asma (OR=3,2, 95% CI= 1.53-6.80).²¹ Apesar desta associação não ter sido verificada para outras patologias imunológicas como atopia, febre dos fenos ou eczema atópico,²¹ meta-análises indicam que crianças nascidas através de cesariana têm aumento do risco em 20% de virem a desenvolver asma e diabetes tipo 1 durante a infância e a idade adulta e há também evidência de aumento de ocorrência de alergia alimentar e obesidade.¹⁹ De acordo com Tian *et al* (2009), o parto por cesariana não demonstrou ter impacto *per se* sobre o grau de atenção de crianças em idade escolar, contudo, as indicações médicas para a realização de cesariana podem contribuir para o distúrbio de défice de atenção.²² Deste modo, existem ainda lacunas acerca das repercussões do modo de nascimento a longo prazo, desconhecendo-se as vias biológicas ou alterações epigenéticas que podem condicionar a saúde da vida futura através do compromisso de respostas metabólicas e imunes.

Relativamente à mãe, apesar de todos os avanços na obstetrícia actual, a morbilidade e mortalidade maternas permanecem um problema internacional e a sua diminuição um grande objectivo em saúde pública.

A cesariana apresenta maior risco de mortalidade materna comparada com o parto vaginal.¹

Apesar desta associação poder ter factores confundidores, nomeadamente aqueles que estão na génese na escolha do procedimento, em detrimento da cirurgia *per si*, em mulheres de baixo risco, cesarianas sem complicações têm mais 69% de complicações do que partos vaginais programados.²³

As mulheres que realizam cesariana são mais susceptíveis de ter hemorragia *major* e recuperação hospitalar prolongada (superior a 48 horas) comparadas com as que realizaram parto vaginal, sendo o risco de complicações numa cesariana de emergência bastante superior (14,5% a 32,6%) ao do procedimento electivo (6,8%).^{1,24}

Na cesariana electiva, o risco de morbilidade materna grave apresenta-se 3,1 vezes superior ao do grupo de parto vaginal planeado, incluindo aumento do risco de paragem cardíaca, hematoma abdominal, histerectomia, infecção *major* puerperal nomeadamente endometrite, complicações anestésicas, anemia e necessidade de transfusão, trombose venosa profunda e hemorragia.^{1,11} Ainda assim, o risco absoluto permanece baixo.

As complicações intra-operatórias mais frequentes foram lacerações útero-cervicais, hemorragia superior a 1L e necessidade de transfusão, lacerações vesicais e lesões ureterais.¹

Relativamente às complicações pós-parto, 72 horas após o nascimento a dor apresenta-se significativamente menor nas que realizaram parto vaginal comparativamente com as que realizaram cesariana, contudo sem diferenças aparentes 4 meses após o parto.¹ Adicionalmente, no parto por cesariana denotam-se complicações pós-parto mais precocemente, havendo maior risco de re-hospitalização relativamente às mulheres que tiveram parto eutócico. Note-se que as mulheres que realizaram parto vaginal tiveram como principal causa de re-admissão dano pélvico e as que se submeteram a parto instrumental hemorragia.¹ Mulheres com cesariana e parto vaginal instrumental têm assim risco acrescido de re-admissão hospitalar, particularmente por causas infecciosas.¹ No que concerne à função sexual, 8 semanas após o parto, a incidência de dispareunia mostra-se significativamente maior nas mulheres que levaram a cabo parto instrumental ou que realizaram episiotomia, enquanto que 6 meses após o parto a taxa de dispareunia é semelhante entre as mulheres que realizaram parto vaginal sem laceração e as que realizaram cesariana sem complicações.¹

A morbilidade a longo prazo associada a cesariana engloba: histerectomia, endometriose na parede abdominal, re-hospitalização por causas infecciosas, metrorragia, possibilidade de infertilidade, gravidez ectópica, ruptura uterina e implantação anormal da placenta em gravidezes posteriores.^{1,17}

Num estudo prospectivo, observacional e multicêntrico, a frequência de histerectomias foi de 0,5% nos partos por cesariana devido principalmente a placenta acreta e atonia uterina.²⁵ Este valor é inferior àquele registado há 10 a 20 anos, o que pode ser justificado pelos novos métodos de controlo da hemorragia, incluindo tratamento precoce da atonia uterina com prostaglandinas e embolização arterial selectiva uterina.²⁵ Registaram-se riscos aumentados de placenta acreta e histerectomia na razão proporcional ao número de partos cirúrgicos realizados.

Apesar da preocupação acerca das elevadas taxas de cesarianas, o Consenso do *National Institutes of Health* (2006) não encontrou evidência de boa qualidade de aumento significativo do risco para a mãe após uma ou duas cesarianas.²⁰ Contudo, é preconizada a realização da cesariana electiva após as 39 semanas de gestação para minimizar os riscos de problemas respiratórios no recém-nascido.²⁰

Segundo Armson (2007), a realização de cesariana sem início de trabalho de parto está associada a risco aumentado de infecção puerperal comparativamente com a realização após início espontâneo de trabalho de parto, contudo a morbilidade materna é menor, nomeadamente a hemorragia no pós-parto precoce, na cesariana sem início de trabalho de parto relativamente ao parto vaginal induzido.¹¹

Ainda que o benefício não seja muito superior, estudos demonstram que parto vaginal conduz a melhor qualidade de vida no pós-parto, com melhores padrões de saúde.²⁷ O parto eutócico apresenta scores significativamente melhores de vitalidade e saúde mental nas 6-8 semanas pós-parto, não sendo estas diferenças significativas às 10-12 semanas. Porém não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de depressão pós parto.²⁷ Muitos factores estão associados a um maior grau de satisfação materna no parto eutócico, incluindo controlo pessoal sobre o parto e maior interacção mãe-filho. As primeiras horas após o parto são consideradas críticas no estabelecimento de uma saudável interacção mãe-recém-nascido e por isso, a prática da imediata interacção cutânea resulta em melhores capacidades psicológicas, neurológicas e comportamentais, maior vínculo e maior sucesso na amamentação.^{1, 15}

Por outro lado, os benefícios apresentados pelo parto cirúrgico podem ser redução do risco de patologias do pavimento pélvico e redução do risco de nados-mortos e morbilidade neonatal associadas a prolapso do cordão umbilical, corioamniotite e apresentação pélvica.¹¹

A diminuição da ansiedade e da dor associadas ao parto vaginal e a conveniência do 'horário marcado' podem ser postuladas como vantagens do parto cirúrgico.¹¹

3.1 DISFUNÇÕES DO PAVIMENTO PÉLVICO

Estas incluem: prolapso uterino, rectocistocelo, incontinência urinária, incontinência fecal, entre outras anomalias de esvaziamento e sensoriais. Com o aumento da esperança média de vida, o encargo do sistema de saúde relativo às patologias do pavimento pélvico é enorme em termos de custos de saúde directos e indirectos - perda de produtividade e diminuição da qualidade de vida. É estimado que uma ou mais disfunções pélvicas afectem cerca de um terço das mulheres em idade adulta, com um custo total estimado em mais de 16 biliões de dólares, por ano, nos EUA.²⁸ Alguma evidência clínica e epidemiológica implicou a gravidez e o nascimento como importantes eventos patofisiológicos no risco de vir a desenvolver uma disfunção pélvica durante a vida de uma mulher.²⁸

Assim, o potencial benefício na prevenção de disfunções do pavimento pélvico, é apontado como uma das principais razões para a realização de cesariana.²⁹ Contudo, para primíparas sem indicações obstétricas, o custo-utilidade da cesariana electiva permanece desconhecido.²⁹

O Consenso do *National Institutes of Health* (2006) verificou fraca evidência da protecção da cesariana a pedido materno na incidência de incontinência urinária, ou seja, esta não é totalmente protectora contra o desenvolvimento desta patologia.^{20,28} Contudo, a duração do efeito não é clara, principalmente em populações mais velhas e após múltiplos partos. Não obstante, no *Term Breech Trial* (2000) registou-se menor risco de incontinência urinária 3 meses após o parto nas mulheres que realizaram cesariana electiva comparativamente com as que realizaram parto vaginal.³⁰ Outros estudos alegam que o efeito do tipo de parto diminui ao longo do tempo, existindo dissidência de resultados respeitantes a este aspecto.²⁸ Num estudo de 1996, o risco de incontinência urinária é cumulativo no que concerne ao número de cesarianas efectuadas, sendo semelhante, após 3 ou mais cesarianas, a prevalência de incontinência urinária nas que realizaram cesarianas (38,9%) e nas que tiveram partos vaginais (37,7%).³¹

A função anorrectal após o parto, segundo o Consenso do *National Institutes of Health* (2006), não apresentou protecção por nenhum tipo de parto.²⁰ Ainda assim, alguns estudos determinam maior risco de incontinência fecal persistente após parto vaginal, particularmente se ocorrer laceração do esfíncter anal.³² Em primíparas, a cesariana electiva com vista a reduzir lesão do esfíncter anal poderá reduzir o risco de incontinência anal pós-parto de 9,45% para 9,0%; nestas circunstâncias seria necessário realizar 250 cesarianas para prevenir incontinência fecal numa mulher primípara.⁵ No caso de mulheres múltíparas, esta redução do risco seria de 3,9% para

3,3%, requerendo assim 167 cesarianas electivas para prevenir um caso de incontinência fecal numa mulher múltipara.²⁸ A laceração do esfíncter anal no parto vaginal ocorre com mais frequência quando a episiotomia é realizada na linha média (em mais de 20% dos casos), sendo uma ocorrência rara quando a episiotomia é mediolateral (menos de 2%).²⁸ O risco de laceração do esfíncter anal atribuível à episiotomia é de aproximadamente 50%.¹ A laceração do esfíncter anal constitui um grave problema dado que, mesmo quando é diagnosticado na altura do parto, os métodos de reparação cirúrgica ainda são inadequados e as sequelas persistentes muito prováveis. Desta forma, porque a reparação cirúrgica não consegue restaurar a anatomia e função, é muito importante a prevenção da lesão do esfíncter anal durante o parto vaginal. Contudo, ainda que a lesão directa do esfíncter seja prevenida pelo parto cirúrgico, a cesariana não protege na totalidade a disfunção anorrectal.²⁸ Com efeito, 2 anos após o parto, a incontinência fecal ocorreu na mesma proporção em mulheres que realizaram cesariana e nas que realizaram parto vaginal.³⁰

O prolapso uterino e rectocistocelo, à semelhança das patologias referidas previamente teve evidência de fraca qualidade de protecção por qualquer tipo de parto, apesar da paridade constituir factor de risco para o seu desenvolvimento.²⁰

Em suma, não está estabelecido o papel protector da cesariana contra o desenvolvimento de disfunções do pavimento pélvico, havendo necessidade de mais estudos, principalmente a longo prazo.

4. APRESENTAÇÃO PÉLVICA

A apresentação pélvica, definida como o encravamento da bacia do feto na pelve materna, responde por aproximadamente 3 a 4% dos nascimentos de fetos únicos, a termo. Este tipo de apresentação está associada a uma variedade de condições maternas e fetais tais como gestação pré-termo, anomalias de volume do líquido amniótico, hidrocefalia, anencefalia e outras condições que perturbam o movimento do feto, malformações uterinas, placenta prévia e gravidez gemelar.³³

Os riscos particulares associados a uma apresentação pélvica são o aumento da necessidade do uso de fórceps (com subsequente possibilidade de dano físico ou neurológico do soalho pélvico materno), o aumento do risco de infecção, o aumento do risco de lacerações cervical, vaginal ou perineal, particularmente se forem aplicados os fórceps de Piper. Nestes casos a cesariana está associada a maior perda hemática,

maior risco de infecção, tempo de hospitalização mais prolongado, maior risco de fenómenos tromboembólicos e maior mortalidade materna. À semelhança da apresentação cefálica a cesariana não oferece protecção contra o dano do soalho pélvico, com o aumento do risco de implantação anormal da placenta ou ruptura uterina em gestações posteriores.³³

Relativamente aos riscos fetais há complicações inerentes ao parto vaginal como a compressão do cordão umbilical que acarreta o risco de hipoxia fetal e acidemia, a possibilidade de trauma materno e fetal na eminência da retirada rápida do bebé e em última instância a morte fetal. A maioria dos obstetras apenas defende parto vaginal na apresentação pélvica franca ou completa, uma vez que na apresentação incompleta os riscos para o feto são mais elevados.³³ Há estudos que apontam para aumento da morbilidade fetal na apresentação pélvica, independentemente do tipo de parto, sugerindo um problema fetal inerente como anomalias congénitas ou aumento da incidência de paralisia cerebral.³⁴

The Term Breech Trial (TBT)

Mesmo antes da publicação deste estudo multicêntrico em 2000 e a subsequente recomendação do ACOG em 2001, verificou-se um decréscimo acentuado de partos vaginais em fetos com apresentação pélvica, apesar da ausência de evidência científica para apoiar esta conduta clínica.³⁵ De acordo com Vidaeff (2006), a taxa de cesarianas para a apresentação pélvica na última década do século XX atingiu valores de 60% na Noruega, 69% no Reino Unido e 72 a 90% na Alemanha.³⁵

Este estudo internacional e multicêntrico foi o maior ensaio randomizado realizado com o objectivo de comparar o risco de parto vaginal programado e cesariana electiva em fetos de termo com apresentação pélvica completa.³⁰ Trata-se portanto de um estudo incontornável que veio confirmar o que, de forma intuitiva, já era realizado.

Assim, 2088 grávidas de feto único foram distribuídas de forma aleatória no grupo de cesariana electiva ou parto vaginal programado, sendo analisadas mortalidade peri e neonatal em primeira instância e secundariamente morbi-mortalidade materna desde o parto até 6 semanas do puerpério. Os dados foram assim recolhidos de 26 países, a partir de 121 centros médicos.³⁰

Como resultado deste estudo, verificou-se mortalidade perinatal e morbilidade grave neonatal significativamente superiores no grupo de parto vaginal programado, registando-se uma mortalidade perinatal e morbilidade neonatal de 5% neste grupo *versus* 1,6% no grupo de cesariana (RR de 0,33, intervalo de confiança de 95% e $P < 0,0001$).³⁰ Adicionalmente verificaram-se melhores resultados da cesariana

programada realizada nas fases precoces de trabalho de parto em detrimento da cesariana realizada em fases tardias, em activo trabalho de parto.³³

Apesar de se revestir de enorme importância, este estudo apresenta várias limitações tais como: indefinição de práticas obstétricas usadas, selecção de pacientes, abordagem do trabalho de parto e interpretação dos resultados.³⁵ Neste artigo é questionável a definição de clínico experiente, tendo em consideração os parâmetros abrangidos, nomeadamente: clínico que se considere capaz de realizar partos com apresentação pélvica por via vaginal e seja assumido como tal pelo departamento onde trabalha; qualquer obstetra licenciado e clínico com mais de 10 a 20 anos de experiência em parto vaginais com apresentação pélvica.³⁰ Outra limitação do estudo consiste na escassez da disponibilidade e uso de anestesia regional. A associação entre grupo de tratamento e morbilidade grave neonatal – a única relação estatisticamente significativa – demonstrou redução de risco, a qual foi superior nos países com taxas menores de mortalidade perinatal. Tal resultado pode dever-se a ineficaz *follow-up* pós-parto e subsequente sub-deteção de casos nos países com mortalidade perinatal elevada. A nível da validade externa do estudo, a randomização a tão larga escala uniformiza a população em estudo e a intervenção clínica não tem em consideração centros com capacidades técnicas superiores nem pacientes com risco inferior ao da população em geral, não sendo os resultados aplicáveis nestes casos.³⁵ Existe igualmente viés de selecção, uma vez que os diversos países contribuíram de forma diferente, com predomínio de países sub-desenvolvidos. Mais ainda, são essenciais critérios restritos de selecção e protocolos de abordagem no parto vaginal em caso de apresentação pélvica, existindo inclusivamente sistemas de pontuação que podem prever o risco de complicações ou sucesso quando é tentado parto vaginal.³⁵ Finalmente são apontadas limitações como curtos *end point* e *follow-up*.³⁵

O TBT também estudou a morbi-mortalidade materna com *follow-up* nas 6 semanas pós-parto, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de mulheres que realizou parto vaginal e o grupo que realizou cesariana, neste intervalo de tempo.³⁰ Foram também estudados os resultados com o período de *follow-up* de 2 anos, não se tendo verificado diferenças significativas a nível materno.

No mesmo período de *follow-up* não se verificaram diferenças a nível do risco de morte ou anomalias neurológicas e de desenvolvimento nos recém-nascidos dos dois grupos. Esta ausência de diferenças após os 2 anos de *follow-up* pode demonstrar que o aumento da morbilidade neonatal dos bebés que nasceram por parto vaginal

não teve repercussões a longo prazo, o que é sobreponível a muitos outros estudos efectuados.³⁵

Não obstante as limitações apresentadas por este estudo e com base nos seus resultados, a *ACOG Committee on Obstetric Practice* elaborou um parecer em Dezembro de 2001 preconizando o parto cirúrgico em caso de apresentação pélvica, excluindo os casos de trabalho de parto avançado, quando o nascimento é eminente e gestações múltiplas. Em 2006, foi elaborado novo parecer, recomendando a criação de protocolos específicos por parte dos hospitais para a selecção das candidatas e a monitorização do trabalho de parto. O impacto deste estudo mostrou ser muito elevado, com taxas de cesariana para fetos de termo com apresentação pélvica a aumentarem de 50% para 80%, 60 dias após a sua publicação, o que resultou numa queda significativa na morbilidade e mortalidade perinatais.³⁶

Em última análise, apesar deste trabalho constituir o maior estudo randomizado controlado das complicações do parto vaginal comparativamente com o parto cirúrgico na apresentação de pelve, a sua generalização e aplicação clínica apresenta limitações, particularmente nos países onde a taxa de mortalidade perinatal é baixa, com adequada vigilância antenatal e intra-parto e com clínicos experientes e capazes em pelvimetria e parto com apresentação pélvica. Locais onde foram aplicados critérios rigorosos, sem recorrer à randomização para a decisão do modo de parto não apresentaram aumento significativo da mortalidade perinatal no grupo que realizou parto vaginal – importância da decisão clínica ponderada na escolha de candidatas para o parto vaginal na apresentação pélvica.^{8,37-39}

No que concerne aos recém-nascidos prematuros com apresentação pélvica, os riscos potenciais de aprisionamento cefálico numa pelve cujo colo do útero apresenta dilatação incompleta podem ser particularmente marcados pela desproporção cefálica e somática do feto. No caso particular destes fetos, com pouca capacidade de ultrapassar agressões do meio, o atraso na passagem do vértice fetal pode acarretar maior risco de lesões hipóxicas. Assim, com base na evidência disponível, a maioria dos clínicos optará por realizar cesariana em fetos com muito baixo peso (inferior a 1500g). Porém, não estão estabelecidas fortes conclusões neste âmbito, dada a escassez de estudos.³³

Na gravidez múltipla, quando se planeia o modo de parto, deve-se ter em consideração a idade gestacional e o peso fetal estimado, bem como a posição dos fetos, particularmente a apresentação fetal do primeiro gêmeo. Deste modo, se ambos estiverem na apresentação cefálica, pode ser tentado nascimento por via vaginal, com

cesariana reservada para as indicações obstétricas usuais. Quando a apresentação do primeiro gêmeo é pélvica e a do segundo é cefálica, existe o risco de ocorrer encaixe do mento dos gêmeos (*locked twins*) e prolapso do cordão umbilical e a cesariana é maioritariamente preferida. É também este o meio preferencial quando ambos estão na posição pélvica. Finalmente no caso do primeiro gêmeo estar na apresentação cefálica e o segundo de pelve, não há estudos randomizados controlados para sugerir o melhor meio de nascimento e a ACOG não suporta a recomendação de parto por cesariana neste caso.³³ Assim, e na falta de evidência disponível, alguns clínicos advogam a utilização do peso fetal estimado, reservando para parto vaginal os casos de peso superior a 1500g, e o modo de apresentação do primeiro gêmeo para decidir qual o meio de parto mais indicado.³³

A ACOG recomenda que versão cefálica externa seja disponibilizada a todas as mulheres com apresentação pélvica, sempre que tal for possível.⁴⁰ Esta prática deve ser realizada após as 36 semanas de gestação e, quando bem sucedida, representa uma forma de reduzir a taxa de cesarianas em grávidas com apresentação pélvica e que não apresentem contra-indicações para o parto vaginal.³³

Um aspecto que também se reveste de importância é a falta de desenvolvimento de novas técnicas em obstetrícia e a redução das capacidades manuais dos clínicos, podendo mesmo ser uma época de viragem nesta área.³⁵ Em última instância a segurança de parto vaginal com apresentação de pelve, irá incidir sobre a experiência acumulada do obstetra, as suas capacidades técnicas e decisão clínica.³⁵ Em virtude da ausência de partos vaginais na apresentação pélvica, este treino não será possível, com o risco de não se formarem futuros profissionais de saúde com estas capacidades técnicas e confiança para as realizar. Após a publicação do TBT, preocupações médico-legais desencorajaram clínicos que até então se consideravam aptos para partos vaginais com apresentação pélvica. Ainda assim, em virtude da escassez deste tipo de parto coloca-se como possibilidade a utilização de métodos de treino alternativos, como sejam vídeos, simuladores, manequins, cuja eficácia na aprendizagem é ainda uma incógnita.

Em jeito de conclusão, no que diz respeito à escolha do modo de parto quando o feto se encontra em apresentação pélvica, devem ser tidas em conta várias questões iniciais. A primeira delas é a disponibilidade de clínicos treinados, tipo de apresentação pélvica, peso fetal estimado e postura do vértice fetal (excluir hiperextensão da cabeça), avaliação clínica da pelve materna e fase de trabalho de parto activo.³³ Após a publicação do TBT e o subsequente Comité de opinião da ACOG, as opções para

parto vaginal mostram-se diminuídas.³³ Ainda assim, parto vaginal programado é ainda uma opção aceitável, quando estabelecidos rigorosos critérios de selecção e o consentimento da grávida.³⁵ *“A condenação do parto vaginal na apresentação pélvica após um único grande estudo randomizado poderá ser indicativo das limitações de uma medicina baseada na evidência praticada de forma dogmática.”*

5. CUSTOS PECUNIÁRIOS

A questão do custo pecuniário deve ser entendida globalmente a fim de aferir o verdadeiro impacto financeiro e social do aumento da taxa de cesarianas para uma correcta alocação de recursos. Esta avaliação pode ser um instrumento útil para a tomada de decisão na afectação de recursos de cuidados de saúde quando combinadas com a utilização do saber clínico.

O aumento da realização de cesarianas está associado a maior período de permanência hospitalar e maior taxa de ocupação.⁴¹

Os custos de uma cesariana são superiores aos de um parto vaginal (ver tabela I).⁴² Ressalva-se que, em circunstâncias específicas, como no parto vaginal após cesariana, o custo de uma cesariana electiva pode ser inferior ao de um parto vaginal mal sucedido.⁴¹

Tabela I- Custos parto vaginal versus cesariana

	Custos
Parto vaginal sem complicações	\$4490 (2245-6735)
Parto vaginal com complicações	\$5560 (2780-8340)
Cesariana sem complicações	\$6946 (3473-10,419)
Cesariana com complicações	\$8553 (4277-12,830)

In University Health System Consortium (2003) ⁴²

Num estudo de Declercq *et al* (2007), o custo médio inicial de uma cesariana primária foi calculado em \$4,372, 76% superior ao custo de um parto vaginal, \$2,487, e a estadia no primeiro caso foi mais longa 77% (4,3 para 2,4 dias).⁴³

Relativamente às disfunções do pavimento pélvico, estas apresentam impacto significativo na qualidade de vida das mulheres, aumentando os custos em saúde. Anualmente no EUA, a incontinência urinária custa \$19.5 biliões e mais de 200 000 pacientes são submetidas a cirurgia por prolapso uterino e rectocistocelo.²⁹

O custo médio estimado e QALYs (anos de vida ajustados à qualidade) no que concerne às disfunções do pavimento pélvico foram \$14,259 (95% IC \$8,964-\$24,002) e 58.21 (95% IC 57.43-58.67) para cesariana a pedido materno e \$13,283 (95% CI \$7,861-\$23,829) e 57.87 (95% CI 56.97-58.46) para parto vaginal para o período combinado de esperança média de vida da mãe e do recém-nascido.²⁹ Desta forma, neste estudo, chegou-se à conclusão de que quando uma mulher sem indicações obstétricas tem apenas um filho durante a sua vida, a análise custo-utilidade não revela preferência estatisticamente significativa por nenhum tipo de parto.²⁹

O TBT comparou a segurança da cesariana electiva relativamente ao parto vaginal em apresentações pélvicas a termo. Num estudo de análise de custos, o custo médio estimado de uma cesariana foi significativamente menor do que um parto vaginal em caso de apresentação pélvica (\$7165 *versus* \$8042 por mãe e recém-nascido; diferença de médias -\$877, 95% IC -\$1286 to -\$473).⁴⁴ Deste modo, o parto cirúrgico no caso de apresentação pélvica mostra-se mais seguro para mãe e recém-nascido e também menos dispendioso do ponto de vista económico. Não obstante, ressalvam-se limitações no estudo no que diz respeito às complicações a longo prazo, nomeadamente anomalias placentares, gravidez ectópica, infertilidade, morte *in utero* e re-admissões hospitalares, que não foram incluídos neste estudo e podem incrementar os custos.

6. QUE CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DE CESARIANAS? A QUESTÃO EMERGENTE DAS CESARIANAS A PEDIDO.

Segundo Druzin e Yasser (2006), pelo menos 35% de todas as cesarianas são desnecessárias, sem benefício para a mãe ou para o recém-nascido e com aumento dos riscos.⁴¹

A cesariana constitui um dos procedimentos cirúrgicos mais estudados pelos economistas por várias razões: absorve anualmente muitos recursos do sistema de saúde, é usada amplamente com variação regional e de acordo com o prestador de serviços e é potencialmente responsável por forças económicas, incluindo fonte de pagamento, práticas duvidosas e incentivos financeiros.³⁸

Com efeito, num estudo brasileiro retrospectivo em que foram analisados os tipos de parto de acordo com a fonte de financiamento da paciente, constatou-se que a incidência de cesariana variou de acordo com o regime de internamento, observando-se um gradiente crescente à medida que se elevou o nível sócio-económico das

gestantes, sem existir, contudo correspondência com o risco obstétrico.⁹ Factores não clínicos como atendimento num hospital privado, hora do parto e usufruto de seguro de saúde estão entre os factores que justificam a variação na taxa de cesarianas entre pacientes de diferentes estratos económicos.⁴¹ Não obstante, num estudo de Grant (2009), verificou-se que incentivos financeiros não são mecanismos efectivos para influenciar a escolha do clínico relativamente ao tipo de parto. Porém, outros factores podem estar na génese da disparidade existente entre a taxa de cesarianas executadas no serviço público e no sistema privado nos USA.³⁸ Desta feita é possível afirmar que na escolha do parto cirúrgico não estão somente implicadas as *guidelines* estabelecidas mas também factores socioculturais, institucionais, legais e de organização da assistência obstétrica.⁹ Estudos recentes demonstram que os clínicos executam a decisão da mãe no pedido de cesariana, sendo que alguns destes profissionais preferem este modo de parto.¹

Cesariana a pedido materno é definida como parto cirúrgico de gravidez unifetal a termo, por pedido da mãe na ausência de indicações obstétricas.^{17,29} No que concerne às cesarianas a pedido materno, existe a crença de que muitas mulheres pedem parto cirúrgico na ausência de indicações clínicas. Num estudo australiano, país no qual a taxa de cesarianas excede os 30%, investigação não formal, através de questionários anónimos dirigidos a obstetras, constatou que pelo menos 17% de todas as cesarianas electivas e mais de 3% de todos os nascimentos respondem por cesarianas a pedido.⁴⁵ Estudos actuais sugerem que as mulheres requisitam essa cirurgia por causas psicológicas, quando têm a percepção de complicações, quando têm medo dos resultados ou devido à percepção da ineficácia do atendimento clínico, em detrimento da maior facilidade relativamente ao parto vaginal. O recente Consenso do *National Institutes of Health* (2006), apesar de constatar a ausência de evidência acerca dos números precisos e das razões subjacentes, parece aceitar altas taxas de cesariana a pedido materno.^{20,39} De referir que a nível de registos hospitalares não existe quantificação do pedido materno, sendo frequentemente descritas como cesarianas sem risco obstétrico.⁴

Ainda assim, a crença de que muitas mulheres requerem cesariana na ausência de indicações clínicas aparenta ser errónea.^{4,39,46} Apesar da cesariana a pedido materno ser entendida pela maioria dos obstetras (78%) como o principal factor para o aumento das taxas de cesariana, alguns estudos não reiteram esta afirmação, registando-se menos de 1% de mulheres com pedidos de cesariana na ausência de actuais ou prévias complicações obstétricas.^{39,46}

O enfoque no pedido materno pode, assim, estar a divergir as atenções das influências que conduzem os clínicos a um número sucessivamente superior de cesarianas.⁴⁶ Várias explicações são possíveis, entre elas a influência dos media, a definição de 'pedido materno', o receio de litígio por parte dos profissionais e a diminuição dos limiares para considerar a cirurgia.³⁹ Investigações em países com elevadas taxas de cesariana como o Brasil ou o Chile revelaram que mais do que o pedido materno, é a interacção entre grávida e obstetra que conduz à decisão de realizar cesariana sem indicação médica.⁴

Tabela II- Opinião dos obstetras acerca dos motivos para o aumento de cesarianas

“Quais são, na sua opinião, as 3 principais razões para o aumento da taxa de cesarianas?”	Resposta dos obstetras Número (%)
Pedido materno	603 (76,8%)
Litígio/práticas defensivas	527 (67,1%)
Questões de treino médico	294 (37,5%)
Parto anterior por cesariana	191 (24,3%)
Apresentação pélvica	162 (20,6%)
Forma como gravidez é monitorizada	103 (13,1%)
Mudanças de evidência na prática obstétrica	88 (11,2%)

Weaver J, Statham H, Richards M (2007)³⁹

A segurança do recém-nascido é primordial para as mulheres e portanto, se a considerarem mais segura, devido a experiências prévias negativas, podem expressar a sua preferência pelo modo de parto cirúrgico.

Apesar do aumento da segurança da cesariana e da discussão crescente acerca dos riscos do parto vaginal poderem influenciar a decisão da mulher, pouco se sabe acerca da informação que é transmitida sobre os riscos e benefícios pelos profissionais de saúde. Consequentemente é preconizado que quando um pedido de cesariana resulta de ansiedade materna não é ético por parte dos profissionais realizarem o procedimento sem intervenção psicológica. Segundo Weaver *et al* (2007), o medo materno e a percepção do risco são importantes factores no pedido de cesariana, estando relacionados com a forma como os profissionais de saúde expõem os riscos e benefícios da cesariana e com as histórias das suas amigas, família e comunicação social, devendo por isso ser oferecido aconselhamento para lidar com o

medo.³⁹ Mais ainda, as grávidas tendem a seguir a decisão do obstetra, sem contestarem, ainda que prefiram dado tipo de parto.⁴⁶

A taxa crescente de cesarianas implica maiores complicações a nível materno e neonatal com subsequente incremento financeiro, para um sistema de saúde já de si enfraquecido.⁴¹ Por tudo isto, apesar do direito de autonomia que assiste todos os pacientes, este pode entrar em conflito com o da justiça distributiva, pelo que a promoção da cesariana a pedido materno como padrão *standard* pode resultar num uso altamente questionável de recursos finitos.⁴¹ De forma particular, num estudo de Hankins *et al* (2006), a cesariana realizada em todas as mulheres com 39 semanas de gestação, reduziria substancialmente a ocorrência de lesão do plexo braquial transitória e permanente, outras formas de trauma fetal, encefalopatia neonatal e, em alguns casos, danos neurológicos permanentes, morte intra-parto e morte fetal intra-uterina para além das 39 semanas de gestação.⁴⁷ Dada esta informação e o risco inerente à protelação da gravidez, aguardando o parto vaginal para além das 39 semanas de gestação, cabe às mulheres o processo de decisão.⁴⁷ Ainda assim, esta proposição ressalva que nas grávidas cujo trabalho de parto se inicie antes das 39 semanas de gestação a decisão de cesariana não passe pela gestante.

Dada a controvérsia do tema, em Março de 2006, o *National Institutes of Health* desenvolveu uma conferência intitulada “*Cesarean Delivery on Maternal Request*” na qual investigadores independentes levaram a cabo a revisão bibliográfica, tendo em vista benefícios e desvantagens a curto e longo prazo da cesariana a pedido materno em comparação com parto vaginal.²⁰ Nenhum dos resultados maternos e neonatais estudados foram suportados por evidência de grande qualidade que favoreça uma via de parto em detrimento da outra. Neste aspecto, apenas 2 resultados maternos (menor incidência de hemorragia pós-parto na cesariana electiva e menor período de permanência no hospital no parto vaginal) e um resultado neonatal (menor morbilidade respiratória no grupo do parto vaginal) tiveram grau de evidência de qualidade moderada, sendo os restantes resultados desprovidos de forte evidência ou associação com o tipo de parto.²⁰

Num estudo de Schindl *et al* (2003), a experiência de parto foi significativamente melhor na cesariana electiva, comparada com o parto vaginal, mas pior nas mulheres que realizaram cesariana de emergência e naquelas que realizaram parto instrumental.¹ Ainda assim, os autores concluíram que os resultados de uma cesariana electiva são similares aos de parto vaginal sem complicações e largamente superiores aos partos instrumentais e cesariana de emergência. Num estudo prospectivo de Pang

et al (2008) foi estudada a forma como a experiência de parto influencia o modo de parto preferido em futura gestação.⁴⁸ Uma proporção significativa de mulheres (24%) mudou a sua preferência de parto vaginal para cesariana electiva, após o primeiro parto, sendo a principal razão o medo relativo ao parto vaginal.⁴⁸ Os mesmos autores apontam a redução da taxa de cesarianas em nulíparas, educação e informação por parte dos profissionais e investigação dos factores que motivam o medo acerca do parto vaginal, como medidas para diminuir a mudança de preferência para cesariana electiva ⁴⁸, uma vez que o aumento das cesarianas primárias tem efeito multiplicador dada a tendência de repetir a cesariana.

Do ponto de vista ético, o princípio de beneficência/não maleficência pressupõe a responsabilidade dos clínicos em minimizar os riscos e maximizar os benefícios. Isto levaria à não realização de cesariana sem indicações médicas. Contudo, o parto vaginal também pode acarretar consequências, o que implica um balanço entre os dois procedimentos. O princípio de autonomia pode constituir um desafio se a opinião do obstetra e da grávida forem dissidentes. O princípio de justiça distributiva assenta na correcta alocação de recursos e na não-discriminação.⁴⁹

A questão que se coloca não é quando pode a mulher escolher o tipo de parto mas antes, tomando como ponto de partida o princípio da autonomia desta, que orientações, práticas e condições sociais melhor promovem e protegem a inclusão plena da mulher num processo de nascimento seguro e positivo.⁵⁰ Recomenda-se aconselhamento obstétrico para cesarianas sem indicação médica com informação por escrito dos riscos associados.¹⁹

7. PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA

A taxa de cesarianas tem aumentado ao longo do século XX em grande parte devido ao paradigma preconizado por Edwin Cragin, “*Once a Cesarean, always a cesarean*”.⁵² A taxa de parto vaginal após cesariana (em inglês, VBAC) tem assim sofrido um decréscimo devido às preocupações relativas à morbilidade materna e neonatal, assim como questões medico-legais.⁵³



Fig.III- Taxas de repetição de cesariana e VBAC entre 1989 e 2004. Fonte: *National Vital Statistics System* ⁴

Deste modo, numa tentativa de melhor conhecer os riscos associados ao VBAC vários investigadores conduziram ensaios clínicos, sendo que numa perspectiva de medicina baseada na evidência e selecção criteriosa de pacientes, a tentativa de VBAC deve fazer parte de uma prática obstétrica actual.⁵² Curiosamente, numa auditoria conduzida no Reino Unido, 45% das mulheres com cesariana prévia expressaram o seu desejo de levar a cabo parto vaginal e apenas 20% manifestaram preferência pela repetição de cesariana.⁵⁴

O tipo de incisão uterina é factor preponderante na tomada de decisão, sendo a incisão inferior transversa aquela que confere menor risco de ruptura uterina num trabalho de parto subsequente.⁵² A incisão inferior vertical, apesar de existirem poucos estudos acerca dos riscos também é aceitável para candidatas a VBAC. Mulheres com incisões clássicas no corpo uterino ou extensões para o corpo uterino não são geralmente consideradas candidatas para VBAC. Da mesma forma, mulheres com história prévia de ruptura uterina não são candidatas a tentativa de VBAC pelo risco aumentado de deiscência da sutura ou nova ruptura uterina.⁵² A disponibilidade de recursos físicos e humanos, nomeadamente a capacidade técnica dos clínicos, reveste-se também de importância na selecção das pacientes. A história prévia de parto vaginal é o maior marcador de sucesso de VBAC, com taxas de êxito neste grupo atingindo os 86,6% *versus* 67,0% (no caso de ausência de parto vaginal prévio), sendo também o início de trabalho de parto espontâneo um importante marcador de sucesso.⁵² O parto vaginal prévio também constitui factor protector para posterior ruptura uterina. Mulheres com cesariana prévia por indicações não recorrentes que

atingem dilatação cervical igual ou superior a 8 cm podem ser também candidatas a VBAC com sucesso.⁵⁵

Pelo facto da capacidade de prever o sucesso de uma tentativa de VBAC reduzir a morbilidade associada, vários autores tentaram desenvolver sistemas de classificação com aplicação na prática clínica, contudo nenhum sistema revelou suficientes sensibilidade e especificidade. Ainda assim, determinam-se como factores de sucesso de VBAC: elevado *score* de Bishop, apenas uma cesariana prévia, parto vaginal prévio, indicação para cesariana não recorrente, cardiotocografia tranquilizadora à admissão, baixa idade materna e IMC<30Kg/m.¹³

Assim, estudos enfatizam o baixo risco absoluto de ruptura uterina nas mulheres que tentam VBAC (0,4%),⁵⁶ sendo necessário realizar 370 cesarianas electivas para prevenir uma ruptura uterina.⁵⁷ Adicionalmente, o parto cirúrgico não é totalmente protector relativamente a este acontecimento.⁵⁶ A realização de mais do que uma cesariana prévia aumenta o risco de ruptura uterina 2 a 5 vezes mais num posterior VBAC.⁵⁶

Comparativamente à realização de nova cesariana electiva, em alguns estudos, o VBAC apresenta um risco relativo de 1,8 no que respeita a complicações *major* tais como ruptura uterina (risco ligeiramente aumentado em caso de estimulação do parto com prostaglandinas e ocitocina), necessidade de histerectomia, necessidade de transfusão e danos operatórios.⁵⁶ Por seu turno, no grupo de VBAC ocorreram menos 20% de complicações *minor* como febre puerperal, necessidade de transfusão e infecção de ferida cirúrgica, comparativamente ao grupo que realizou cesariana electiva.⁵⁶ De salientar que, apesar da baixa taxa de complicações maternas no VBAC, o insucesso na tentativa de VBAC acarreta morbilidade materna significativa.⁵⁶ Relativamente à morbilidade neonatal, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos grupos que realizaram cesariana electiva e VBAC.^{52,56} No que concerne à mortalidade materna, em alguns estudos, esta é 4 vezes superior no grupo que realizou cesariana, sendo a taxa de complicações cirúrgicas francamente mais elevada nas cesarianas realizadas de emergência (14,5% *versus* 6,8%). No conjunto, a incidência de complicações foi de 17% nas mulheres que realizaram cesarianas *versus* 10% nas que realizaram parto vaginal. Além disso, a cesariana foi associada a aumento significativo do risco de re-hospitalização por infecções uterinas, complicações de ferida cirúrgica obstétrica e complicações cardiopulmonares e tromboembólicas.⁵⁶

É de realçar a repercussão na vida reprodutiva futura da realização de múltiplas cesarianas, nomeadamente o aumento do risco de placenta prévia o que aumenta o risco de placenta acreta. Num estudo de *cohort* retrospectivo, que examinou a associação entre primeiro parto por cesariana e patologia placentar, registou-se um aumento de 30% do risco de placenta prévia em mulheres com cesariana prévia comparativamente com aquelas submetidas a parto vaginal.⁵⁸ Mulheres com implantações anómalas da placenta apresentam taxas mais altas de hemorragia pós-parto, maior incidência de infecções *major* no puerpério, maior taxa de nascimento antes das 36 semanas de gestação e maior taxa de morte fetal, quando comparadas com mulheres com implantação placentar normal.⁵⁸ Assim, a escolha do tipo de parto e o aconselhamento do VBAC nas pacientes indicadas representa uma importante medida de planeamento familiar.

Actualmente, apesar do risco aumentado de ruptura uterina, a ACOG preconiza que mulheres que tenham realizado 2 cesarianas sejam submetidas a VBAC se história prévia de parto vaginal. Da mesma forma, gestação gemelar não comporta risco aumentado para insucesso de VBAC ou maior morbilidade, constituindo uma opção viável nas mulheres indicadas.⁵²

Em última instância, apesar do decréscimo de VBAC nos últimos anos, novos estudos suportam a segurança do VBAC para muitas mulheres com cesariana(s) prévia(s).⁵⁹ Devem ser mantidas condições mínimas de abordagem ao VBAC, como a presença de clínico capaz de monitorizar o trabalho de parto e executar cesariana de emergência, assim como disponibilidade de anestesia para a realização de cesariana de emergência.⁵⁶ A taxa de sucesso de um parto vaginal após cesariana prévia é de 60% a 80%, de acordo com a maioria dos estudos publicados.⁶⁰ O aconselhamento destas pacientes deve ter em conta não apenas a possibilidade de sucesso, factores de risco para ruptura uterina mas também consequências a longo prazo no âmbito do planeamento familiar. A decisão de proceder a um VBAC deve ser feita após cuidadosa consideração de todos os riscos envolvidos.

Finalmente, encontra-se em fase de execução um estudo multicêntrico randomizado, com vista a avaliar de forma metódica e rigorosa as consequências maternas e neonatais associadas a VBAC e repetição de cesariana electiva em mulheres com 37 semanas de gestação e sem contra-indicação para VBAC.⁵⁴

7. ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A cesariana continua a ser um dos mais importantes procedimentos cirúrgicos realizados no interesse da mãe e do feto. Contudo, devido ao franco aumento da sua realização e ao risco de complicações a curto e longo prazo, a identificação das candidatas apropriadas para parto cirúrgico *versus* parto vaginal constituem-se como críticas e absolutamente necessárias. Mais ainda, dadas as complicações possíveis, a decisão de realizar uma cesariana pode significar impacto na vida reprodutiva futura da mulher.

A evidência actual disponível aponta para maiores riscos, para a mãe e recém-nascido, e custos do parto cirúrgico relativamente ao parto vaginal, à excepção de se tratar de apresentação pélvica. Ainda assim, a vasta dissidência de opiniões relativamente à melhor via de parto, para a mãe e para o recém-nascido permanece, sustentada pela ainda escassa evidência disponível, a respeito das consequências a curto e longo prazo do parto vaginal espontâneo, parto instrumental e parto cirúrgico. De igual modo, a questão emergente das cesarianas a pedido materno encerra ainda várias questões do ponto de vista clínico, ético, social e económico.

Teremos de nos basear em estudos de elevada qualidade para orientar o processo de decisão e tornar a prática obstétrica mais segura para todos os seus intervenientes através do estabelecimento de protocolos clínicos com vista a estabelecer os casos mais apropriados para parto vaginal ou cesariana e a sua implementação consistente. Esta temática revela-se desafiante, numa sociedade actual que encara a cesariana como uma outra forma de nascer, subestimando a confiança de uma geração de mulheres que começam a acreditar que não conseguem fazer nascer um ser sem assistência tecnológica excessiva. Mais ainda, sendo os recursos finitos, é de extrema importância a sua correcta alocação, numa óptica de maximização da relação custo-utilidade e de apoio à decisão clínica.

Restam-nos algumas questões de futuro: que consequências a longo prazo para estes recém-nascidos? Estaremos diante de uma alienação progressiva do parto? Poderá a falta de treino obstétrico, fruto das mudanças observadas comprometer o futuro da obstetrícia?

AGRADECIMENTOS

Gostaria de prestar os meus sinceros agradecimentos à Dra. Cristina Dias, assistente hospitalar em obstetrícia/ginecologia, por toda a ajuda prestada na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Buhimschi CS, Buhimschi IA (2006) Advantages of Vaginal Delivery. Clin Obst and Gyn Lippincott Williams & Wilkins Vol 49, Number 1, 167-183
- 2- World Health Organization (1985) Appropriate technology for birth. *Lancet* 2:436-7
- 3- MacDorman MF, Menacker F, Declercq E (2008) Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes. Clin Perinatol 35(2):293-307
- 4- Menacker F, Declercq E, Macdorman MF (2006) Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology. Semin Perinatol 30:235-241
- 5- MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH (2006) Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with “No Indicated Risk,” United States, 1998–2001 Birth Cohorts. BIRTH 33:3
- 6- Druzin ML and Yasser Y (2006). Cesarean Delivery on Maternal Request: Wise Use of Finite Resources? A View from the Trenches. Semin Perinatol 30:305-308
- 7- Liston W A (2003) Rising caesarean section rates: can evolution and ecology explain some of the difficulties of modern childbirth? J R Soc Med 96:559–561
- 8- Simpson KR, Thorman KE (2005) Obstetric ‘conveniences’: elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions. J Perinat Neonatal Nurs 19:134-144
- 9- Yazlle ME, Rocha JS, et al (2001) Incidence of cesarean delivery regarding the financial support source for delivery care. Rev Saúde Pública 35(2):202-206

- 10- Kushtagi P, Guruvare S (2009) Documenting indications for cesarean deliveries. J Postgrad Med Vol 54:52-53
- 11- Armson BA (2007) Is planned cesarean childbirth a safe alternative? CMAJ 176(4)
- 12- American College of Obstetricians and Gynecologists (2004) Surgery and patient choice, in Ethics in Obstetrics and Gynecology (ed 2). Washington DC, The American College of Obstetricians and Gynecologists: p 21
- 13- Hale RW, Harer WB (2005) Elective prophylactic cesarean delivery. Editorial. ACOG Clin Rev 10:1 and 15
- 14- Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E (2010) Changed indications for cesarean sections. Acta Obstet Gynecol Scand 89(1):49-53
- 15- Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV and Visco AG (2009) Neonatal outcomes associated with planned vaginal versus planned primary cesarean delivery. Journal of Perinatology
- 16- Mawson AR (2002) Reducing Cesarean Delivery Rates in Managed Care Organizations (2002) Am J Manag Care;8:730-740
- 17- Young L and D'Alton, ME (2008) Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology Vol 20 Issue 6:597-601
- 18- Galyean AM, Lagrew DC, Bush MC, Kurtzman JT (2009) Previous cesarean section and the risk of postpartum maternal complications and adverse neonatal outcomes in future pregnancies. J Perinatol
- 19- Steer PJ and Modi N (2009) Elective caesarean sections—risks to the infant. The Lancet Volume 374, Issue 9691
- 20- National Institutes of Health (2006) NIH State-of-the-Science Conference Statement on Cesarean Delivery on Maternal Request. Volume 23, Number 1
- 21- Xu B, Pekkanen J, Hartikainen AL, Järvelin MR (2001) Caesarean section and risk of asthma and allergy in adulthood. J Allergy Clin Immunol 107(4):732-3

22- Tian XB, Zhao YR, Ma J, Fang L (2009) Attentiveness in school children: effect of cesarean section birth. *Chin J Contemp Pediatr* 11 (11):913-916

23- MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH (2008) Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Low-Risk Women: Application of an “Intention-to-Treat” Model. *BIRTH* 35:1

24- Liu S, Liston RM, Joseph KS, et al (2007) Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 176(4):455-60

25- Shellhaas CS, Gilbert S, Landon MB, Varner MW, Leveno KJ, Hauth JC, Spong CY, Caritis SN, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M et al (2009) The frequency and complication rates of hysterectomy accompanying cesarean delivery. : 114(2 Pt 1):2249

27- Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A and Montazeri A (2009) Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9:4

28- Weber A M. (2007) Elective cesarean delivery: the pelvic perspective. *Clin Obst and Gyn Lippincott Williams & Wilkins* Vol 50, Number 2, 510-517

29- Xu X, Ivy JS, Patel DA, Patel SN, Smith DG, Ransom SB, et al (2010) Pelvic Floor Consequences of Cesarean Delivery on Maternal Request in Women with a Single Birth: A Cost-effectiveness Analysis. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH* Volume 19, Number 1

30- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR (2000) Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 21, 356 (9239):1375-83

31- Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP (1996) Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 103: 154-161

- 32- Fynes M, Donnelly V Behan M et al (1999) Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and fecal continence: a prospective study. *Lancet*. 354: 983-986
- 33- Yamamura Y, Kirk R, Ramin S (2007) Trial of Vaginal Breech Delivery: Current Role. *Clin Obst and Gyn Vol 50, Number 2*, 526-536
- 34- Brenner WE, Bruce RD, Hendricks CH (1974) The characteristics and perils of breech presentation *Am J Obstet Gynecol*.118:700
- 35- Vidaeff AC. (2006) Breech Delivery Before and After the Term Breech Trial. *Clin Obst and Gyn Lippincott Williams & Wilkins Vol 49, Number 1*, 198-210
- 36- Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser G (2005) The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behavior and neonatal outcome in the Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *BJOG*.112: 205-209
- 37- Fynes M, Donnelly V Behan M et al (1999) Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and fecal continence: a prospective study. *Lancet*. 354: 983-986
- 38- Grant D (2009) Physician financial incentives and cesarean delivery: New conclusions from the healthcare cost and utilization project. *Journal of Health Economics* 28: 244–250
- 39- Weaver JJ, Statham H, Richards M (2007) Are There “Unnecessary” Cesarean Sections? Perceptions of Women and Obstetricians about Cesarean Sections for Nonclinical Indications. *BIRTH* 34:1
- 40- American College of Obstetricians and Gynecologists (2006) Mode of Term Breech Singleton Breech Delivery. ACOG Committee Opinion 340. Washinton, DC: ACOG
- 41- Druzin ML and Yasser Y (2006). Cesarean Delivery on Maternal Request: Wise Use of Finite Resources? A View from the Trenches. *Semin Perinatol* 30:305-308
- 42- University Health Systems Consortium. CDP Online Report: University Health System Consortium (2003) Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare Physician Fee Schedule (2002)

- 43- Declercq E et al (2007) Maternal Outcomes Associated With Planned Primary Cesarean Births Compared With Planned Vaginal Births. *Obstetrics and Gynecology*.
- 44- Palencia R, Gafni A et al, The Term Breech Trial Collaborative Group (2006) The costs of planned cesarean versus planned vaginal birth in the Term Breech Trial. *CMAJ* ;174(8)
- 45- Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Dear KB (2009) Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *BIRTH* 36(3):208-12
- 46- Gamble J, Health M et al (2000) Women's Request For a Cesarean Section: A Critique of the Literature *BIRTH* 27: 4
- 47- Hankins G, Clark SM and Munn MB (2006) Cesarean Section on Request at 39 Weeks: Impact on Shoulder Dystocia, Fetal Trauma, Neonatal Encephalopathy, and Intrauterine Fetal Demise. *Semin Perinatol* 30:276-287
- 48- Pang M, Leung TN, Lau TK, Chung T (2008) Impact of First Childbirth on Changes in Women's Preference for Mode of Delivery: Follow-up of a Longitudinal Observational Study. *BIRTH* 35:2
- 49- Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Frè M, Cuttini M for the EUROBS study group (2008) Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Medical Ethics*: 9:11
- 50- Kukla R, Kuppermann M, Little M, Lyerly AD, Mitchell LM, Armstrong EM (2009) Finding Autonomy in Birth. *Bioethics* 23(1): 1–8
- 52- Cahill AG, Macones G (2007) Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Evidence-based Practice. *Clin Obst and Gyn* 50, Number 2, 518-525
- 53- Landon MB, Hauth J, Leveno K, Spong C, Leindecker S, Varner MW et al for the National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network (2004) Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *N Engl J Med* 351;25

54- Dodd JM, Crowther CA, Hiller JE, Haslam RR and Robinson JS (2007) Study protocol Open Access Birth after caesarean study – planned vaginal birth or planned elective repeat caesarean for women at term with a single previous caesarean birth: protocol for a patient preference study and randomised trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7:17

55- Kwon JY, Jo YS, Lee GS, Kim SJ, Shin JC, Lee Y (2009) Cervical dilatation at the time of cesarean section may affect the success of a subsequent vaginal delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*.

56- Fang YM and Zelop CM (2006) Vaginal Birth After Cesarean: Assessing Maternal and Perinatal Risks – Contemporary Management. *Clin Obst and Gyn* 49, Number 1, 147-153

57- Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P et al (2004) Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ* 329 3 Topic 299; 68; 159

58- Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, et al (2001) First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obst Gynecol.*; 97: 765-769

59- Tan P, Subramaniam R, Omar S (2008) Trial of labor after one cesarean: role of The order and number of prior vaginal births on the risk of emergency cesarean delivery and neonatal admission. *Taiwan j obstet gynecol* 47(3):305–311

60- Porter TF, Zelop CM (2004) Vaginal birth after previous cesarean delivery. *ACOG Practice Bulletin*