

Taxa de parto normal versus cesárea em gestantes com uma cesárea anterior e fatores associados

Normal birth rate versus cesarean in pregnant women and associated factors

Jean Carl Silva¹, Camila Kaory Sakata², Caroline Bussarello², Maria Eduarda Marchi Martin², Marina Gabriela Engels¹

Descritores

Parto obstétrico; Cesariana; Parto vaginal pós-cesariana; Cesárea prévia; Fatores de risco; Via de Parto

Keywords

Delivery; Cesarean section; Vaginal birth after cesarean delivery; Previous cesarean section; Risk factors; Route of delivery

Submetido:

15/03/2021

Aceito:

23/07/2021

1. Maternidade Darcy Vargas, Joinville, SC, Brasil.

2. Universidade da Região de Joinville, Joinville, SC, Brasil.

Conflito de interesses:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Marina Gabriela Engels
Rua Coronel Feddersen, 1.070,
Centro, 89190-000, Taió, SC, Brasil
marina.gabriela.engels@gmail.com

Como citar:

Silva JC, Sakata CK, Bussarello C, Martin ME, Engels MG. Taxa de parto normal versus cesárea em gestantes com uma cesárea anterior e fatores associados. Femina. 2021;49(8):488-93.

RESUMO

Objetivo: Calcular taxa de parto vaginal e cesárea em pacientes com uma cesárea anterior e gestação a termo, bem como fatores associados à recorrência de cesariana. **Métodos:** Estudo caso-controle, por meio de dados de prontuário de gestantes a termo com uma cesárea prévia admitidas para parto na Maternidade Darcy Vargas do município de Joinville (SC), em 2019. **Resultados:** Foram analisadas 788 pacientes, das quais 331 (42,00%) tiveram parto normal (PN) e 457 (58,00%), cesárea (CS). O grupo PN foi composto por mulheres mais velhas (29; 28) e com mais gestações que o grupo CS, possuindo pelo menos um parto normal prévio (171; 57; $p < 0,001$). Como fator de risco para recorrência de cesárea, destacou-se a presença de colo desfavorável no momento do parto (47; 356; $p < 0,001$). Internação por trabalho de parto (284; 92; $p < 0,001$) e ruptura prematura de membranas (RUPREME) (33; 79; $p = 0,030$) estão entre os fatores de proteção para ocorrência de uma nova cesariana. **Conclusão:** A taxa de parto vaginal pós-cesariana (VBAC) foi de 42% e a de parto cesáreo foi de 58%, condizente com valores de referência mundiais. O fato de ter um ou mais partos normais anteriores e internar-se em trabalho de parto ou com RUPREME foi fator protetor contra a repetição da cesárea, enquanto o colo desfavorável no momento da internação foi fator de risco. Há grande divergência na literatura, sendo necessários mais estudos para elaborar estratégias que auxiliem profissionais e pacientes a decidirem pela melhor via de parto após cesariana anterior.

ABSTRACT

Objective: To calculate the rate of vaginal and cesarean delivery in patients with previous cesarean section and pregnancy to term, as well as factors associated with recurrent abdominal delivery. **Methods:** Case-control study, by medical records of pregnant women to term with a previous cesarean section admitted for delivery at Maternity Darcy Vargas in the city of Joinville (SC) in 2019. **Results:** 788 patients, of which 331 (42,00%) had a normal delivery (PN) and 457 (58,00%) cesarean section (CS). The PN group was composed of older women (29;28), and who had more pregnancies than the CS group, having at least 1 previous vaginal birth (171; 57; $p < 0,001$). As a risk factor for cesarean recurrence, the presence of an unfavorable cervix at the time of delivery was highlighted (47; 356; $p < 0,001$). Hospitalization for labor (284; 92; $p < 0,001$) and premature rupture of membranes (33; 79; $p = 0,030$) are among the protective factors for the occurrence of a new cesarean section. **Conclusion:** The post-cesarean vaginal birth (VBAC) rate was 42% and the cesarean delivery rate was 58%, consistent with world reference

values. The fact of having one or more previous normal births, hospitalization in labor or with premature rupture of fetal membranes were protective factors against the repetition of cesarean section, while the unfavorable cervix at the time of hospitalization was a risk factor. There is divergence in literature, therefore more studies are needed to develop strategies that help professionals and patients to decide on the best way of delivery after a previous cesarean section.

INTRODUÇÃO

A operação cesariana representa, há longa data, o procedimento cirúrgico realizado na mulher com maior frequência em todo o mundo. Na atualidade, o aumento das taxas de cesáreas (CSs) a partir da década de 1970 vem alertando o meio científico devido ao maior ônus financeiro e ao possível aumento das taxas de morbidade materna e perinatal consequentes ao procedimento, apesar dos amplos benefícios oferecidos pela realização dessa operação em numerosas situações obstétricas patológicas.⁽¹⁾

Nas últimas publicações, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que os efeitos em relação à mortalidade materna e perinatal não ficam tão evidentes quando a taxa de CS é superior a 10%. No Brasil, entretanto, a ordem natural está invertida. Em 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) realizou 2.400.000 partos; desses, 1.336.000 foram CSs. Segundo a OMS, o país detém a segunda maior taxa de CSs do planeta, com 55%, perdendo apenas para a República Dominicana, onde a taxa é de 56%. Enquanto isso, a taxa de CSs na Europa é de 25% e nos EUA é de 32,8%.⁽²⁾ No Brasil, diretriz recente publicada pelo Ministério da Saúde considera que a taxa de cesariana de referência, ajustada para a população brasileira, seria de 25% a 30%, principalmente devido ao elevado número de CSs anteriores.⁽³⁾

Muitas das mulheres que foram submetidas a parto cesáreo anterior têm a opção de, na gravidez subsequente, prosseguir com uma tentativa de parto após cesariana (TOLAC), obtendo sucesso com parto vaginal pós-cesariana (VBAC), ou ser submetidas a uma CS intraparto não planejada. Sabe-se que, além de muitas vezes atender à predileção da paciente por parto vaginal, o VBAC está associado à redução da morbidade materna e à diminuição do risco de complicações em gestações futuras. Por outro lado, o fracasso da TOLAC, levando à CS intraparto não planejada, é responsável pelo aumento desses riscos. Apesar de a TOLAC ser adequada para muitas mulheres, vários fatores individuais aumentam a probabilidade de insucesso, acrescentando a morbidade materna e perinatal, quando comparada ao VBAC e à cesariana de repetição eletiva (ERCD).⁽⁴⁾ No mundo, as taxas de êxito do VBAC variam de 60% a 80%, contudo a CS eletiva é a escolha de muitas mulheres e profissionais devido ao risco de ruptura uterina e consequências para mãe e o filho.⁽⁴⁾

No Brasil, 40% das múltiparas têm pelo menos uma CS prévia, resultando em um grande desafio para os médicos.⁽⁵⁾ Um estudo estimou que, se todas as mulheres

que eram boas candidatas ao VBAC fossem submetidas à TOLAC, a taxa de cesariana em mulheres com cesariana anterior seria reduzida de 70,4% para 25,5%.⁽⁶⁾

O objetivo geral deste trabalho foi calcular a taxa de parto vaginal e CS em pacientes com uma CS anterior e gestação a termo, bem como fatores associados à recorrência de cesariana, nas pacientes admitidas para parto na Maternidade Darcy Vargas, no município de Joinville (SC), no ano de 2019.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo caso-controle, por meio da coleta de dados de prontuário de gestantes a termo com uma CS prévia admitidas para parto na maternidade Darcy Vargas, do município de Joinville (SC), no ano de 2019. Os casos serão constituídos pelas gestantes a termo com uma CS anterior que tiveram o parto da gestação atual por cesariana, e os controles serão constituídos pelas gestantes a termo com uma CS anterior que tiveram o parto da gestação atual por via vaginal. Nesse estudo, foram incluídas pacientes que, no momento da admissão, não apresentavam indicações relativas ou absolutas para CS, por exemplo, gestação múltipla, placenta prévia, retrovírose com carga viral elevada, apresentação não cefálica, morbidades materno-fetais indicativas de CS, entre outras. Foram excluídas do estudo pacientes cujo prontuário estava incompleto para os parâmetros analisados ou pacientes transferidas para outras unidades de atendimento antes da resolução da gestação. As pacientes incluídas no estudo foram analisadas em relação a características maternas nos seguintes parâmetros: idade, paridade – número de gestações, presença e número de partos e abortos anteriores –, cor, escolaridade, ter hábito tabagista. No que se refere a características da gestação atual, analisaram-se, para cada grupo estudado, os motivos da internação – sendo assim classificados: pós-datismo (maior que 40 semanas e seis dias), comorbidades maternas, situação fetal (macrossomia, restrição de crescimento intrauterino, sofrimento fetal e outros), trabalho de parto, ruptura prematura de membranas (RUPREME) e outros –; as características do colo uterino na internação – sendo considerado colo desfavorável o índice de Bishop < 6 –; a presença de hipertensão materna e *diabetes mellitus*, prévios ou que surgiram durante a gestação. Também se analisaram as características do recém-nascido (RN), classificando-se a idade gestacional, o peso ao nascer como > 4.000 g ou pequeno para a idade gestacional (PIG) ou com restrição de crescimento intrauterino (RCIU), o valor do Apgar no primeiro e quinto minutos, bem como o Apgar no primeiro e quinto minutos menor do que 7, internação em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e óbito. Todas as informações obtidas foram inseridas no Microsoft Excel versão 2016 e posteriormente analisadas por meio do *software Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 21.0. Para análise estatística, utilizaram-se a média, o desvio-padrão (DP), o teste de Mann-Whitney para variáveis

numéricas e o teste qui-quadrado para variáveis nominais, sendo considerado com significância estatística se $p < 0,05$. Também foi utilizada a estimativa de risco pelo "odds ratio bruto" (OR), com intervalo de confiança (IC) de 95% para fatores possivelmente associados à realização de CS no segundo parto.

RESULTADOS

No período estudado, 805 gestantes que possuíam uma CS anterior estiveram internadas na Maternidade Darcy Vargas, em Joinville (SC), com a finalidade de um novo parto. Como mostrado na figura 1, foi analisado um total de 788 pacientes que preencheram os critérios de inclusão, das quais 331 (42,00%) constituíram o grupo que teve parto normal (PN) na gestação atual e 457 (58,00%), o grupo que teve CS. Como demonstrado na tabela 1, verificou-se diferença significativa na média de idade de gestações entre os grupos, mostrando que o grupo CS foi composto por mulheres mais novas e teve menor número de gestações do que o grupo PN. Corroborando esse achado, as gestantes que tiveram PN na gestação atual também tiveram mais partos normais anteriores, quando se analisou somente a média ou os números absolutos, quando separadas em grupos conforme a quantidade de partos normais prévios (1 PN/2 ou + prévios). Percebeu-se diferença estatisticamente relevante, também, conforme a tabela 1, no que se refere à escolaridade. Observou-se predominância de gestantes com ensino médio ou superior completos no grupo CS e somente ensino fundamental (incompleto e completo) no grupo PN. Por último, ainda na tabela 1, observou-se que, no fator tabagismo, há uma frequência significativamente menor no grupo CS, em comparação ao grupo PN.

Quanto às características da gestação atual (Tabela 2), percebeu-se que os motivos da internação foram diferentes entre os grupos. O grupo CS internou-se mais por pós-datismo, comorbidades, situação fetal, RUPREME e ou-

tros. Já o grupo PN internou-se quase em sua totalidade por trabalho de parto, com 85,8%. Foi observada, também, diferença na característica do colo uterino da gestante no momento da chegada dela ao serviço. Corroborando o achado de que o grupo PN se internou predominantemente por trabalho de parto, a ocorrência de colo desfavorável foi, portanto, bem evidente no grupo CS. Ainda, a presença de hipertensão e diabetes materno foi, também, significativamente maior no grupo CS. As indicações mais frequentes para a paciente ser submetida a cesariana foram, em ordem decrescente: presença de comorbidade materna, gestação pós-data com colo desfavorável para indução de trabalho de parto, distocia de progressão do PN e RUPREME com colo desfavorável para indução de trabalho de parto. Quanto às características dos RNs, foram encontradas algumas diferenças, que estão presentes na tabela 3. No grupo CS, a idade gestacional foi maior, bem como o nascimento de RNs com mais de 4,000 kg. Além disso, os RNs do grupo CS também tiveram Apgar de primeiro e de quinto minuto mais elevado. Tal fato, possivelmente, corroborou para a menor necessidade de internação em UTI visualizada nesses RNs. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos em relação ao Apgar baixo no primeiro e quinto minutos.

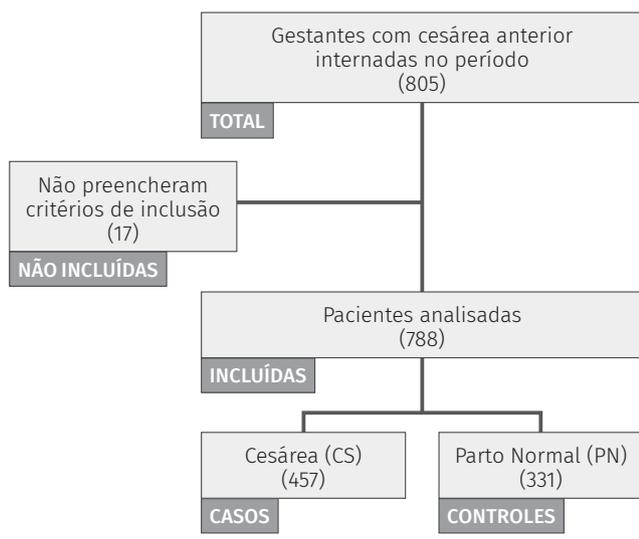


Figura 1. Fluxograma da amostra do estudo

Tabela 1. Características maternas

	PN (n = 331) n (%)	CS (n = 457) n (%)	p-value
Idade (MED)	29 (16-44)	28 (18-44)	0,043 ^a
Gestações (MED)	3 (2-11)	2 (2-9)	<0,001 ^a
Partos normais (DP)	0,99 (1,457)	0,20 (0,686)	<0,001 ^a
1 prévio	99 (29,9)	39 (8,5)	<0,001 ^b
2 ou + prévios	72 (21,8)	18 (3,9)	<0,001 ^b
Cesáreas (MED)	1 (0-1)	1 (0-1)	0,819 ^a
Abortos (MED)	0,00 (0-3)	0,00 (0-3)	0,684 ^a
Cor			
Branca	289 (87,3)	398 (87,1)	0,864 ^b
Parda	33 (10,0)	45 (9,8)	
Negra	9 (2,7)	13 (2,9)	
Outras	0 (0,0)	1 (0,2)	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	55 (16,6)	49 (10,7)	0,005 ^b
Fundamental completo	108 (32,6)	121 (26,5)	
Médio completo	146 (44,1)	242 (53,0)	
Superior completo	22 (6,7)	45 (9,8)	
Tabagismo	37 (11,2)	31 (6,8)	0,030 ^b

PN: parto normal; CS: cesárea; DP: desvio-padrão. a: Teste U de Mann-Whitney. b: Teste Qui-quadrado. Variáveis quantitativas representadas por média e desvio-padrão. Variáveis qualitativas representadas por números absolutos e porcentagens

Tabela 2. Características da gestação atual

	PN (n = 331) ^a n (%)	CS (n = 457) ^a n (%)	p-value
Motivo da internação			
Pós-datismo	12 (3,6)	113 (24,7)	
Comorbidade	1 (0,3)	145 (31,7)	
Situação fetal	0 (0,0)	9 (2,0)	<0,001 ^b
Trabalho de parto	284 (85,8)	92 (20,1)	
RUPREME	33 (10,0)	79 (17,3)	
Outro	1 (0,3)	19 (4,2)	
Indicação de cesárea			
PD + CD	0 (0,0)	96 (21,0)	
Comorbidade	0 (0,0)	153 (33,5)	
SFA	0 (0,0)	36 (7,9)	<0,001 ^b
RCIU	0 (0,0)	7 (1,5)	
Macrossomia	0 (0,0)	4 (0,9)	
Distocia	0 (0,0)	74 (16,2)	
BR + CD	0 (0,0)	60 (13,1)	
Outros	0 (0,0)	26 (5,7)	
Colo desfavorável	47 (14,2)	356 (77,9)	<0,001 ^b
Hipertensão materna	19 (5,7)	91 (19,9)	<0,001 ^b
Diabetes materno	23 (6,9)	124 (27,1)	<0,001 ^b

PN: parto normal; CS: cesárea; RUPREME: ruptura prematura de membranas; PD: pós-data; CD: colo desfavorável; SFA: sofrimento fetal agudo; RCIU: restrição de crescimento intrauterino; BR: bolsa rota. a: Teste U de Mann-Whitney. b: Teste Qui-quadrado. Variáveis quantitativas representadas por média e desvio-padrão. Variáveis qualitativas representadas por números absolutos e porcentagens.

Por fim, como exposto na tabela 4, possuir colo desfavorável no momento da chegada ao serviço demonstrou ser fator de risco para a necessidade de cesariana, aumentando as chances em quatro vezes. Em contrapartida, ter um ou mais partos normais prévios, extremo de idade e internação em trabalho de parto ou por RUPREME reduzem a chance de necessidade de cesariana, ou seja, representam fatores protetores. Outros fatores avaliados não demonstraram influência significativa quando calculado o OR.

DISCUSSÃO

No presente estudo, a taxa de pacientes submetidas a uma nova cesariana foi de 58%, seja por insucesso da TOLAC com CS intraparto ou repetição eletiva da CS, não sendo realizada distinção entre esses dois grupos neste trabalho. O restante das pacientes evoluiu com VBAC. Esse resultado é semelhante ao de uma pesquisa realizada no Brasil e publicada em 2013, em que a taxa de CS foi 54%.⁽⁷⁾ No entanto, uma coorte brasileira envolvendo hospitais públicos e privados mostrou que a taxa geral de parto CS foi de 79,4%; desses, 66,1% tinham ERCD, e as demais pacientes foram submetidas a CS por falha da

TOLAC. Quando analisados somente os hospitais públicos, a taxa geral de CS foi de 70,6%, resultado ainda assim comparativamente acima do obtido nesse estudo, que também foi realizado em maternidade pública. Nos hospitais privados, 95,3% das pacientes foram submetidas a ERCD.⁽⁸⁾

Em relação ao âmbito internacional, a taxa geral de CS de repetição também apresenta ampla variação. Ainda na América Latina, estudo realizado no Peru relata uma taxa de 78%,⁽⁹⁾ enquanto em alguns países europeus, como Holanda e França, esses valores são de 51% e 65%.^(10,11) Tal diferença pode ser resultado de diferenças socioeconômicas e culturais entre os países e também entre suas próprias populações, o que justificaria em parte resultados divergentes envolvendo os próprios estudos brasileiros.

A maioria dos estudos no mundo aponta o aumento da idade materna, especialmente acima de 35 anos, como um fator de insucesso do VBAC, aumentando as taxas de cesariana.⁽⁴⁾ Tratando-se do Brasil, uma coorte realizada de 2011 a 2012, ao analisar apenas o setor público, não encontrou a idade menor que 20 anos ou maior que 35 anos associada a repetição de parto cirúrgico.⁽⁸⁾ Outros estudos internacionais, citando um realizado na Austrália, também não encontraram essa associação.⁽¹²⁾ Já em nossa análise, quando se trata das características maternas, nota-se que o grupo de parto cesárea (PC) foi composto por mulheres um pouco mais novas. Além disso, o extremo de idade apresentou-se como fator protetor de uma nova CS.

O conflito de resultados entre nosso estudo e os demais em relação à idade materna pode ser explicado, pois o grupo PC, além de ter uma faixa de idade menor, também tinha um menor número de gestações prévias.

Tabela 3. Características dos recém-nascidos

	PN (n = 331) n (%)	CS (n = 457) n (%)	p-value
Idade gestacional (MED)	39 (34-41)	39 (35-41)	0,007 ^a
Peso do recém-nascido			
RCIU/PIG,	13 (3,9)	20 (4,4)	0,756 ^b
+ 4 kg,	19 (5,7)	49 (10,7)	0,025 ^b
Apgar			
1º minuto (MED)	8 (1-9)	8 (1-9)	0,001 ^a
1º minuto baixo	20 (6,0)	18 (3,9)	0,097 ^b
5º minuto (MED)	9 (4-10)	9 (4-10)	0,002 ^a
5º minuto baixo	3 (0,9)	3 (0,7)	0,231 ^b
UTI	9 (2,7)	9 (2,0)	0,024 ^b
Óbito	0 (0,0)	0 (0,0)	-

PN: parto normal; CS: cesárea; RCIU: restrição de crescimento intrauterino; PIG: pequeno para idade gestacional; UTI: unidade de terapia intensiva. a: Teste U de Mann-Whitney. b: Teste Qui-quadrado. Variáveis quantitativas representadas por média e desvio-padrão. Variáveis qualitativas representadas por números absolutos e porcentagens.

Tabela 4. Análise multinomial dos fatores associados à necessidade de cesariana

	PN/CS (n/n)	Odds*	IC 95%	p-value
PN prévio	171/57	0,131	(0,067-0,253)	<0,001
Hipertensão materna	19/91	0,817	(0,308-2,167)	0,685
Diabetes materna	23/124	1,002	(0,446-2,252)	0,996
Extremo de idade*	77/81	0,551	(0,313-0,967)	0,038
Superior completo	22/45	1,342	(0,627-2,873)	0,448
Tabagismo	37/31	0,762	(0,365-1,590)	0,468
Colo desfavorável	47/356	4,328	(2,583-7,253)	<0,001
Pós-datismo	12/113	0,364	(0,041-3,227)	0,364
Comorbidades	1/145	5,083	(0,260-99,259)	0,284
Trabalho de parto	284/92	0,023	(0,003-0,190)	<0,001
RUPREME	33/79	0,094	(0,011-0,795)	0,030

PN: parto normal; CS: cesárea; IC: intervalo de confiança; RUPREME: ruptura prematura de membranas. *Odds bruto. **Idade < 18 anos ou ≥ 35 anos.

Esse fato pode ter sido um fator de confusão, pois sabe-se que a história de parto vaginal anterior tem estreita correlação com um VBAC bem-sucedido, reduzindo a necessidade de uma nova cesariana, o que é corroborado por várias pesquisas em todo o mundo^(8,12-14) e reafirmado por sociedades reconhecidas internacionalmente, como o *American College of Obstetricians and Gynecologists*⁽⁴⁾ e o *Royal College Obstetrics and Gynaecology*, que consideram a presença de parto vaginal anterior o melhor preditor para VBAC. No nosso estudo, a presença de parto vaginal prévio reduziu a chance de ser submetida a uma nova CS em aproximadamente 87%.

Em relação à escolaridade, há maior predominância de ensino médio ou superior completos no grupo CS, corroborando outros estudos^(7,8) e levando novamente a reforçar as diferenças socioeconômicas e culturais refletindo na via de parto após cesariana, fato já levantado por outros estudos.^(14,15) No entanto, ao se calcular o OR, a escolaridade não foi significativa. O tabagismo apresentou aproximadamente a metade da frequência no grupo CS. Porém, quando calculada a razão de chances, ele não foi significativo como fator de risco para nova CS. Não foi encontrado o tabagismo como fator de análise em outros estudos similares.

Quanto ao motivo da internação, o trabalho de parto foi a causa em 20,1% das pacientes do grupo CS e em 85% das pacientes do grupo PN. O fato de a paciente internar-se em trabalho de parto foi fator protetor contra cesariana, sendo esse resultado condizente com os de outros estudos.⁽¹⁴⁾ Sabe-se que a ruptura uterina é uma importante complicação da TOLAC, no entanto o início espon-

tâneo do trabalho de parto está relacionado a um risco menor de ruptura uterina do que quando é necessária a indução ou condução do parto.⁽¹⁶⁾ Em nosso estudo, não foi analisada a taxa de ruptura uterina.

Além do trabalho de parto espontâneo, a RUPREME também se mostrou como fator protetor para uma nova cesariana, reduzindo a chance em 90%. Outro estudo brasileiro dividiu a presença de RUPREME em mais ou menos 12 horas e observou que somente um período de bolsa rota > 12 horas esteve associado ao aumento da chance de parto cesáreo.⁽⁷⁾

A gestação pós-data também foi um motivo comum de internação hospitalar das pacientes do grupo CS selecionadas por esse estudo, fator presente em 24,7% das pacientes versus 3,6% no grupo PN, e a idade gestacional do grupo CS foi levemente maior. Porém, o pós-datismo não se mostrou como risco para um novo parto cirúrgico, quando calculado o OR. Outras literaturas apontam que a idade gestacional avançada no parto aumenta a chance de CS intraparto, porém, como fator isolado, não deve impedir a TOLAC.⁽⁴⁾

Cerca de 31,7% das pacientes do grupo CS internaram-se por comorbidades versus 0,3% das pacientes do grupo PN. Do total de pacientes, a hipertensão materna e/ou diabetes materno se fizeram presentes, respectivamente, em 19,9% e 27,1% no grupo CS versus 5,7% e 6,9% no grupo PN, com p < 0,01. Outras comorbidades e situações descritas foram: colestase gestacional, alterações no volume de líquido amniótico, alterações cardiológicas e tromboembólicas maternas, e depressão materna grave. Ao calcular-se o OR, comorbidade, hipertensão e/ou diabetes materna não tiveram significância estatística para risco de nova CS. Em estudo realizado no Canadá, mulheres submetidas a ERCD tiveram também taxas mais altas de hipertensão e diabetes.⁽¹⁷⁾ Já em outras análises, somente o diabetes, e não a hipertensão materna, foi observado com maior frequência no grupo ERCD.⁽¹⁰⁾

Ainda no grupo CS, houve internação significativamente maior pela situação fetal. A macrossomia fetal suspeita também é sabidamente um fator que influencia para submissão a nova CS, sendo esse fato apoiado por vários estudos.^(4,8,15)

Em outro estudo realizado no Brasil, as principais indicações para pacientes de TOLAC terem como desfecho uma CS intraparto foram: falha de indução (20,7%), desproporção fetopélvica (17,3%), estado fetal não tranquilizador intraparto (17,3%) e RUPREME por mais de 12 horas (13,8%).⁽⁷⁾ Em nossos resultados, a falha de progressão do trabalho de parto foi responsável por 16,2% do total de CSs, enquanto o estado fetal não tranquilizador foi responsável por 7,5% do total de CSs. Entre as pacientes da amostra estudada, nenhuma foi submetida à indução de trabalho de parto com sonda de Foley e nem à indução com prostaglandinas. Apenas foi descrita indução com ocitocina quando o colo uterino da paciente apresentava um índice de Bishop > 6 no momento da internação. Esse fato pode ter contribuído para a ausência de descrição de

CS por falha de indução no presente estudo, bem como justifica a grande proporção de pacientes submetidas a CS por gestação prolongada e por bolsa rota com colo uterino desfavorável à indução com ocitocina (Bishop < 6).

Quando se analisam os desfechos neonatais nos dois grupos, os RNs do grupo CS tiveram índice de Apgar de primeiro e quinto minutos mais elevados e tiveram menor necessidade de internação em UTI, porém sem diferença entre os grupos PN e CS em relação ao Apgar baixo no primeiro e quinto minutos. Não houve casos de óbito fetal. Nosso estudo revela resultado semelhante a outros já descritos na literatura.⁽¹⁸⁾ Porém, devemos citar que em outros estudos o PN pós-CS apresentou impacto sobre Apgar < 7 e anoxia neonatal,⁽⁷⁾ especialmente nos casos em que as pacientes foram submetidas a TOLAC com CS intraparto.⁽¹³⁾

Entre os parâmetros analisados, somente o colo desfavorável (Bishop < 6) na internação mostrou-se como fator de risco para uma cesariana de repetição, e essas pacientes têm uma chance quatro vezes maior do parto cirúrgico. Esse dado pode ter sido superestimado, pois não houve casos de indução utilizando o método Krause para amadurecimento cervical nesse serviço, o que é um fator relacionado a preferências da equipe médica assistente no local, e os dados em relação à utilização desse método e os índices de ruptura uterina também variam na literatura.⁽⁴⁾

O grande número da amostra do presente estudo, apesar da população heterogênea e do desenho retrospectivo com coleta em base de dados, nos permite ter, com o conhecimento de nossos resultados, boas perspectivas em relação à criação de rotinas obstétricas para atendimento de gestantes com cicatriz uterina anterior. Desse modo, seria possível reduzir as taxas gerais da repetição da cesariana e não se submeteria uma paciente com baixa probabilidade de parto vaginal a uma chance maior de ruptura uterina, resultados adversos neonatais ou outras eventuais complicações.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que, em pacientes com uma cesariana prévia, a taxa de VBAC foi de 42% e a taxa de parto cesáreo foi de 58% para a população estudada, condizente com valores de referência mundiais. O fato de ter um ou mais partos normais anteriores, internar-se em trabalho de parto ou com ruptura prematura de membranas e extremo de idade foram fatores protetores contra a repetição da CS, enquanto o colo desfavorável no momento da internação foi fator de risco. No entanto, há grande quantidade de divergências na literatura, não só no que tange à parte clínica, mas também a variáveis muitas vezes subjetivas, que envolvem inclusive o tipo de financiamento e os profissionais que assistem o parto. São necessários mais estudos para elaborar estratégias que envolvam fatores clínicos e não clínicos que auxiliem profissionais e pacientes a decidirem pela melhor via de parto após cesariana anterior.

REFERÊNCIAS

1. Zugaib M. *Obstetrícia*. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016.
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Organização Mundial da Saúde (OMS) lança 56 recomendações para diminuir cesáreas [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/402-organizacao-mundial-da-saude-oms-lanca-56-recomendacoes-para-tentar-diminuir-as-cesareas>
3. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Conitec. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana [Internet]. 2016 [cited 2020 Nov 12]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf
4. ACOG Practice Bulletin No. 205: vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2019;133(2):e110-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000003078
5. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública*. 2014;30 Suppl 1:S1-16. doi: 10.1590/0102-311x00105113
6. Metz TD, Stoddard GJ, Henry E, Jackson M, Holmgren C, Esplin S. How do good candidates for trial of labor after cesarean (TOLAC) who undergo elective repeat cesarean differ from those who choose TOLAC? *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(6):458.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2013.02.011
7. Madi JM, Deon J, Rombaldi RL, Araújo BF, Rombaldi MC, Santos MB. Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(11):516-22. doi: 10.1590/S0100-72032013001100007
8. Nakamura-Pereira M, Esteves-Pereira AP, Gama SG, Leal M. Elective repeat cesarean delivery in women eligible for trial of labor in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;143(3):351-9. doi: 10.1002/ijgo.12660
9. Laveriano WR, Redondo CE. Obstetric outcomes in the second birth of women with a previous caesarean delivery: a retrospective cohort study from Peru. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(4):148-52. doi: 10.1590/s0100-72032013000400003
10. Vankan E, Schoorel EN, van Kuijk SM, Mol BJ, Nijhuis JG, Aardenburg R, et al. Practice variation of vaginal birth after cesarean and the influence of risk factors at patient level: a retrospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(2):158-65. doi: 10.1111/aogs.13059
11. Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, et al. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG*. 2016;123(4):559-68. doi: 10.1111/1471-0528.13284
12. Kalok A, Zabil SA, Jamil MA, Lim PS, Shafiee MN, Kampan N, et al. Antenatal scoring system in predicting the success of planned vaginal birth following one previous caesarean section. *J Obstet Gynaecol*. 2018;38(3):339-43. doi: 10.1080/01443615.2017.1355896
13. Ashwal E, Wertheimer A, Aviram A, Wiznitzer A, Yogev Y, Hirsch L. Prediction of successful trial of labor after cesarean - the benefit of prior vaginal delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(16):2665-70. doi: 10.3109/14767058.2015.1099156
14. Lundgren I, Morano S, Nilsson C, Sinclair M, Begley C. Cultural perspectives on vaginal birth after previous caesarean section in countries with high and low rates – A hermeneutic study. *Women Birth*. 2020;33(4):e339-47. doi: 10.1016/j.wombi.2019.07.300
15. Bartolo S, Goffinet F, Blondel B, Deneux-Tharaux C. Why women with previous caesarean and eligible for a trial of labour have an elective repeat caesarean delivery? A national study in France. *BJOG*. 2016;123(10):1664-73. doi: 10.1111/1471-0528.14056
16. Dodd JM, Crowther CA, Grivell RM, Deussen AR. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(7):CD004906.
17. Young CB, Liu S, Muraca GM, Sabr Y, Pressey T, Liston RM, et al. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity. *CMAJ*. 2018;190(18):E556-64. doi: 10.1503/cmaj.170371
18. Kok N, Ruiter L, Lindeboom R, de Groot C, Pajkrt E, Mol BW, et al. Elective repeat caesarean delivery compared with trial of labor after a prior caesarean delivery: a propensity score analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015;195:214-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2015.09.011