



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Desfechos maternos e perinatais do parto vaginal em mulheres com histórico de cesárea: revisão sistemática

Mirella Nilo de Magaldi

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

FICHA CATALOGRÁFICA

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde
Brasileira

Magaldi, Mirella Nilo de
M188 Desfechos maternos e perinatais do parto vaginal em mulheres com histórico de cesárea: revisão sistemática / Mirella Nilo de Magaldi. Salvador: MN, de Magaldi, 2014.

viii; 69 fls.

Professora orientadora: Denise dos Santos Barata.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

1. Parto vaginal. 2. Cesárea. 3. Parto normal apos cesárea 4. Desfechos maternos e perinatais. I. Barata, Denise dos Santos. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.

CDU: 618.5-089.888.61



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Desfechos maternos e perinatais do parto vaginal em mulheres com histórico de cesárea: revisão sistemática

Mirella Nilo de Magaldi

Professor orientador: **Denise dos Santos Barata**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Dezembro, 2014

Monografia: *Desfechos maternos e perinatais do parto vaginal em mulheres com histórico de cesárea: revisão sistemática*, **Mirella Nilo de Magaldi**.

Professor orientador: **Denise dos Santos Barata**

COMISSÃO REVISORA:

- **Denise dos Santos Barata**, professora do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Luís Fernando Fernandes Adan**, professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Olívia Lúcia Nunes Costa**, professora do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Clara Mônica Figueredo de Lima**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

“Sim, é preciso tão pouco!

Nada de orçamentos caros, recursos eletrônicos, orgulhos de tecnologia, brinquedos de
crianças crescidas, tão furiosamente na moda.

Nada disso. Apenas paciência e modéstia. Silêncio. Uma atenção leve mas sem falhas.

Um pouco de inteligência, de preocupação com o outro. Esquecimento de si mesmo.

Ah! Já ia deixando passar...

É preciso muito amor. Sem amor, vocês não passarão de bem intencionados...”

(Frédéric Laboyer, obstetra francês)

Às minhas irmãs, **Clarissa e Eduarda,**
fonte inesgotável de amor

EQUIPE

- Mirella Nilo de Magaldi, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Email para contato: mirellamagaldi@gmail.com;
- Denise Barata, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Maternidade Climério de Oliveira (MCO)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha Professora orientadora, **Denise Barata**, pelo genuíno interesse em aprender junto e construir um trabalho de metodologia e conteúdo complexos e questionadores da prática médica vigente. Sua presença atenciosa e delicada será guardada em minha memória com muito carinho; sua orientação acadêmica tem sido de inestimável valia para meu futuro médico.
- ◆ Aos membros da Comissão Revisora desta monografia **Luís Adan, Olívia Costa e Clara Monica**, meus especiais agradecimentos pela disponibilidade e avaliação cuidadosa do trabalho.
- ◆ Aos amigos **Carlos Ribeiro e Antônia Torreão Herrera**, pelo carinho e sugestões para o título da monografia.
- ◆ À minha querida obstetra e amiga **Marilena Pereira**, que já prestou assistência a inúmeros partos naturais em mulheres com histórico de cesárea e é um exemplo de profissional a ser seguido.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS	2
SIGLÁRIO	3
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
IV. REVISÃO DA LITERATURA	9
IV.1 O trabalho de parto	9
IV.2 Estática fetal	10
IV.3 Idade gestacional	12
IV.4 Idade Materna	13
IV.5 Cesárea	14
IV.6 Cesáreas de Repetição	17
IV.7 Parto normal após cesárea	18
IV.8 Indução farmacológica do parto	19
IV.9 Ruptura Uterina	21
V. METODOLOGIA	23
VI. RESULTADOS	26
VII. DISCUSSÃO	42
VIII. CONCLUSÕES	49
IX. SUMMARY	50
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
XI. ANEXO	57
•ANEXO I:Artigos lidos integralmente que foram excluídos da Revisão Sistemática dispostos em ordem alfabética:	

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS:**FIGURA**

FLUXOGRAMA 1. Processo de seleção dos artigos para a revisão sistemática.	28
--	----

QUADROS

QUADRO 1. Resultados da pesquisa no banco de dados Pubmed/MEDLINE	26
--	----

QUADRO 2. Título, data de publicação e país de origem dos estudos selecionados para a Revisão Sistemática.	29
---	----

TABELAS

TABELA 1. Resultados da pesquisa nos bancos de dados LILACS, Scielo e Bireme/Biblioteca Cochrane.	27
--	----

TABELA 2. Principais desfechos na tentativa de PNAC em todos os estudos incluídos na Revisão Sistemática seguindo a ordem Cronológica de publicação	38
--	----

TABELA 3. Comparação entre os desfechos da PTP e da cesárea eletiva de repetição	40
---	----

SIGLÁRIO:

1. DPP: Data provável do parto
2. ECR: ensaio clínico randomizado
3. PNAC: Parto Normal Após Cesárea
4. PTP: Prova de Trabalho de Parto
5. SOGC: Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá
6. VBAC: *vaginal birth after cesarean*

I. RESUMO

DESFECHOS MATERNOS E PERINATAIS DO PARTO VAGINAL EM MULHERES COM HISTÓRICO DE CESÁREA: REVISÃO SISTEMÁTICA.

Introdução: As altas taxas de cesáreas no Brasil são consideradas um grave problema de saúde pública e muitas acontecem devido à cesariana anterior. Apesar da ausência de evidências científicas, optar pelo parto normal, após cesárea (PNAC), é uma escolha refutada por muitas instituições obstétricas. **Objetivo:** Sintetizar os desfechos maternos e perinatais associados ao PNAC. **Metodologia:** Revisão sistemática da literatura disponível nos bancos de dados: Pubmed/MEDLINE, LILACS, Scielo e Biblioteca Cochrane/Bireme. **Resultados:** Foram incluídos 17 artigos a partir de critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão. De todas as mulheres previamente cesareadas, que tentaram o parto vaginal (nº 163.266), 71.38% obtiveram êxito em parir por via baixa. Os fatores associadas ao desfecho positivo foram história de parto anterior, não utilização de fármacos na condução do trabalho de parto e idade materna inferior a 30 anos. Os desfechos maternos e perinatais são semelhantes, mas a cesárea de repetição está associada a maior incidência de complicações respiratórias neonatais. **Discussão:** A ausência de ensaios clínicos randomizados interfere na qualidade e força da evidência obtida, mas pela análise dos artigos observacionais não há diferença significativa entre os desfechos de PNAC e cesárea de repetição. **Conclusão:** Há riscos e benefícios associados às duas vias de parto. A tentativa de parto vaginal deve ser recomendada para gestantes com histórico de parto vaginal e oferecida a gestantes com cicatriz segmentar baixa e feto em apresentação cefálica.

Palavras-chave: 1. Parto vaginal 2. Cesárea 3. Parto normal após cesárea 4. Desfechos maternos e perinatais.

II. OBJETIVOS DA PESQUISA

A. Principal:

Descrever os desfechos favoráveis e desfavoráveis associados ao parto normal após cesárea (PNAC) através de revisão sistemática da literatura.

B. Secundários:

1. Analisar as variáveis associadas à segurança do PNAC: local do parto, idade da gestante, idade gestacional, número de cesáreas anteriores, tipo de incisão, intervalo de tempo entre o parto e a cesárea e indução farmacológica do parto.
2. Analisar a prevalência de rotura uterina e outros índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O atual índice de cesarianas no Brasil desponta como um dos maiores mundialmente e é bem superior aos 10 a 15% preconizados pela OMS [1,2], o que representa, em conjunto com as cesáreas praticadas na China, 50% de todos os partos cirúrgicos desnecessários realizados no mundo [3]. O alto percentual não chama atenção apenas pelo seu valor em ambas as redes pública e privada, mas pela prevalência em todo o território nacional, em todas as faixas etárias (incluindo adolescentes) e pela sua ascendência, visto que em 1994 equivalia a 32%, atingindo 45,6% em 2006 e 52% em 2013 [2,4]. Conseqüentemente, hoje é habitual que obstetras precisem optar entre a realização de uma cesariana eletiva ou a assistência de parto vaginal em mulheres previamente cesareadas. Em qualquer situação, é sabido que a indicação de cesárea deve ser criteriosa, discutida com a paciente e baseada em evidências científicas sólidas [5], visto que está associada a maiores índices de morbidade e mortalidade materna e perinatal, tais como prematuridade iatrogênica, necessidade de transfusão sanguínea, uso de antibióticos, menor duração de amamentação, maior tempo de permanência hospitalar e alterações à saúde a longo prazo [2,6,7,9,10]. Da mesma forma, a opção de realizar uma cesárea de repetição deve ser ponderada à luz da ciência.

Historicamente, ao longo do século XX, os médicos difundiram a idéia de que uma vez cesariana, sempre cesariana [7]. Este dogma foi citado pela primeira vez no artigo publicado pelo obstetra norte-americano Edward Cagin em 1916, referindo-se a um limitado grupo de mulheres que, após passarem alguns dias em trabalho de parto ativo, sem sucesso, eram submetidas à cesariana como uma forma de salvar suas vidas. A estas mulheres, o parto normal não era aconselhado numa gravidez futura [8]. Desde então, a decisão sistemática nos centros obstétricos e dos profissionais de saúde de

negar à paciente a prova de trabalho de parto (PTP) tem sido creditada ao risco de rotura uterina observado em alguns casos, evento raro, porém associado a desfechos potencialmente fatais. O primeiro relato de parto normal após cesárea (PNAC) data de 1923, com a descrição de Schell dos partos vaginais de 34 crianças por 23 mulheres previamente cesareadas [11]. Entretanto, a prática de cesárea eletiva de repetição persistiu e, somente a partir da década de 60, estudos emergentes revelaram a segurança de PNAC em mulheres que sofreram cesarianas com incisão abdominal transversa baixa e incentivaram a publicação de diretrizes favoráveis, a exemplo da lançada pela Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (SOGC) [12]. Ainda assim, em todo o mundo, a posição nos serviços de assistência ao parto tem sido conservadora e o número de PNACs vem diminuindo gradativamente ao longo dos últimos anos [13]. Atualmente, poucos médicos no Brasil sentem-se seguros para assistir a esta modalidade de parto, mesmo com a publicação de estudos favoráveis [14-16]. A prática rotineira de cesariana de repetição tem sido questionada também pelas mulheres que almejam participar ativamente da escolha da via de parto, mas esbarram na dificuldade de encontrar um profissional de saúde disposto a assisti-las [17].

De acordo com a SOGC, na ausência de contraindicações à mulher com cicatriz abdominal transversa baixa, devido a cesárea anterior, deve ser oferecida a oportunidade de PTP, após profícuo esclarecimento dos riscos e benefícios associados [12]. Adicionalmente, as diretrizes americanas para condução do PNAC enfatizam a necessidade de decisão conjunta do médico e paciente, valorizando a autonomia do segundo e respaldado nas evidências de que 60-80% das mulheres cesareadas são candidatas adequadas para um PNAC de sucesso [18]. Muitos estudos apresentam resultados favoráveis ao parto vaginal em pacientes com cesárea prévia ou até mesmo múltiplas cesáreas e esta prática já vem sendo defendida por parte dos obstetras

americanos e ingleses [19], principalmente quando as gestações são consideradas de baixo risco, visto que nesses casos a morbimortalidade neonatal de uma cesárea de repetição pode chegar a ser 36% maior que no PNAC [20]. Entretanto, a possibilidade de desfechos negativos tais como rotura uterina e hemorragia pós-parto reforçam a importância de uma revisão sistemática dos estudos originais que comparem os desfechos entre uma e outra via de parto, analisando também os fatores associados.

Dentro do contexto brasileiro este debate ganha especial importância, pois o ascendente número de cesáreas tem gerado uma crescente população de mulheres grávidas candidatas ao PNAC. Tahseen e cols. citam que a indicação de cesárea eletiva de repetição é uma das principais indicações para a cirurgia, além do sofrimento fetal, distócias e apresentação pélvica [19]. Nos Estados Unidos, mesmo sem nenhuma outra indicação cirúrgica, a história de cesariana anterior chega a representar 90% dos casos das indicações de cesárea eletiva [20]. Ou seja, caso o PNAC seja uma possibilidade comprovadamente segura, sua realização nas redes pública e privada pode representar um aumento dos índices de parto vaginal no Brasil, contribuindo, afinal, para que o parto vaginal não se torne uma relíquia do passado.

IV. REVISÃO DA LITERATURA

IV.1. O trabalho de parto

O trabalho de parto é o processo fisiológico que tem por objetivo expulsar o feto da cavidade uterina, envolvendo mudanças sequenciais e integradas no miométrio, decídua e cérvix uterino no período de dias a semanas. Norwitz e cols. explicam que alterações bioquímicas no tecido conectivo do cérvix uterino precedem as contrações e dilatação, eventos estes que normalmente ocorrem antes da ruptura das membranas. Para caracterizar trabalho de parto, deve ocorrer a dilatação progressiva do colo uterino associada a contrações uterinas repetitivas; portanto, um ou o outro evento isolado não pode ser chamado de trabalho de parto [21].

O período prodôico (pré-parto) é caracterizado pela descida do fundo uterino, eliminação do tampão mucoso e amolecimento seguido de apagamento cervical. Sua transição para a fase de dilatação do trabalho de parto ocorre quando as metrossístoles incoordenadas e irregulares - chamadas contrações de Braxton-Hicks - evoluem para uma contratilidade uterina mais regular e intensa, que de fato produz modificações no colo [22]. O diagnóstico de trabalho de parto é extremamente complexo e não deve ser limitado ao toque vaginal, mas sim realizado através de observação cuidadosa e demorada da paciente, além de anamnese adequada, exame físico, revisão dos dados pré-natais e exames laboratoriais, quando necessário [21,22]. O internamento em fase latente e a intervenção intempestiva em pacientes que apenas apresentam a sintomatologia da fase de pré-parto conduzem, não raro, o caso para um inoportuno desfecho cirúrgico; assim, afigura-se importante identificar os elementos que compõem o trabalho de parto, através de atencioso exame obstétrico [23]. A progressão do

parâmetro do trabalho de parto espontâneo dura em média 10,1 horas em nulíparas e 6,2 horas em múltíparas, podendo alcançar 25,8 horas ou mais [21].

IV.2. Estática fetal

O continente uterino que, ao termo da gestação, mede na maior de suas dimensões 30 cm, exige que o feto, com aproximadamente 50 cm de comprimento, se adapte a tais condições de espaço, flexionando-se sobre si mesmo. Dessa forma o seu comprimento, do lambda ao coccige (eixo longitudinal fetal), fica reduzido em média a 25 cm. Conhecer as relações especiais entre o organismo materno e o produto conceitual - denominadas relações uterofetais ou estática fetal - é importante para compreender o mecanismo de parto [23].

O estudo da estática fetal inclui o conhecimento sobre a atitude, a situação, a posição e a apresentação fetal. A atitude ou hábito do feto depende da disposição dos seus membros, coluna vertebral e polo cefálico, sendo na maioria das vezes de flexão. A situação, por sua vez, é compreendida como a relação entre o eixo longitudinal fetal e o uterino; quando coincidentes, a situação é longitudinal; quando perpendiculares, a situação é transversa; e, quando se cruzam, será oblíqua. A escola alemã inclui também no estudo da estática a posição fetal, caracterizada pela relação do dorso fetal com o lado direito ou esquerdo materno [23]. Por fim, a apresentação é definida pela região fetal que se apresenta na área do estreito superior da bacia materna, ocupando-a em seu todo, que tende a insinuar-se e, na evolução do trabalho de parto, é sede de mecanismo bem determinado. Na situação longitudinal, duas apresentações podem ocorrer, ditas cefálica e pélvica, ambas com algumas peculiaridades. Na situação transversa, ocorre apresentação córmica, dorsal superior ou dorsal inferior [23]. Quase a termo ou durante

o trabalho de parto, o feto normalmente assume uma situação vertical e apresentação cefálica com o vértice fetal fletido sobre o tórax. Entretanto, em cerca de 5% dos casos, ocorre desvio desta orientação, constituindo uma apresentação anômala fetal[21].

As apresentações menos frequentes não são fatores determinantes para impossibilidade de parto vaginal [24], mas estão tipicamente associadas a maior risco para mãe e feto e, portanto, precisam ser diagnosticadas e conhecidas pela equipe obstétrica [21]. Este diagnóstico pode ser realizado através de palpação abdominal ou exame vaginal. Para a palpação do conteúdo uterino são rotineiramente utilizadas pelos obstetras as técnicas sistematizadas por Leopold-Zweifel, que consistem basicamente em quatro fases: delimitação do fundo do útero com ambas as mãos visando localizar a pelve ou pólo cefálico na região fúndica uterina (primeiro tempo); seguido do deslizamento das mãos em direção ao pólo inferior do útero, cuidando de sentir o dorso fetal (segundo tempo); exploração da mobilidade do pólo que se apresenta em relação com o estreito superior (terceiro tempo) e, finalizando, com a exploração da escava, buscando identificar o pólo que aí se apresenta (quarto tempo) [23]. O exame propedêutico palpatório fornece dados para o diagnóstico da situação ou da apresentação fetal, mas é menos sensível que a avaliação ultrassonográfica [25]. É imprescindível o conhecimento da estática fetal, visto que a mortalidade perinatal é maior nos casos de diagnóstico tardio. Com algumas exceções, um trabalho de parto cuidadosamente monitorizado permite que o parto vaginal seja uma possibilidade segura na maioria das apresentações anômalas [21,25].

IV.3. Idade gestacional

A gravidez caracteriza-se pela presença de óvulo fecundado no organismo da mulher e dura em média 10 meses lunares, 9 meses solares, 40 semanas ou 280 dias. Quando a data da última menstruação é conhecida pela gestante, a predição da data provável do parto pode ser realizada com precisão. Nos demais casos, o exame de ultrassonografia realizado ainda no primeiro trimestre é uma alternativa que confere boa previsão [23]. Já a maturidade fetal é um processo de desenvolvimento fisiológico e de crescimento somático que atinge a plenitude entre 37 e 40 semanas de gestação, sendo aquelas gestações que ultrapassam a DPP (data provável do parto) denominadas de pós-data [25].

Gestação prolongada ou pós-termo é aquela que ultrapassa as 42 semanas, evento que ocorre em, aproximadamente, 5% dos casos, enquanto aproximadamente 10% de todas as gestações se estendem além de 41 semanas [25,26]. É certo que a gravidez realmente prolongada (além das 42 semanas) é um evento relativamente raro, pois ocorre, em muitos casos, erro na determinação da idade gestacional, posto incorreta a data da última menstruação ou até porque houve uma ovulação tardia e, conseqüentemente, a fecundação não ocorreu por volta do 14º dia do ciclo [26]. A realização de ultrassonografia precoce reduz a frequência de diagnóstico de gravidez prolongada, uma vez que boa parte dos casos se deve a erro de datação da idade gestacional [26].

Já a prematuridade, definida pela duração da gravidez sendo menor que 37 semanas, é a maior causa isolada de mortalidade e morbidade perinatais em lactentes não-anômalos nos países desenvolvidos [21]. É um problema multifatorial devido a

distúrbios maternos ou fetais diversos, frequentemente não relacionadas entre si. Segundo a OMS, em 2010, nasceram 15 milhões de crianças prematuras no Brasil, principalmente nas regiões sul e sudeste, colocando o país, nesse ano, na décima posição entre os países onde mais nasceram prematuros.

IV.4. Idade Materna

As gestações nos extremos de idade reprodutiva apresentam piores desfechos perinatais: na adolescência é comum a ausência de planejamento ou a aconselhamento pré-concepcional e na idade avançada há uma diminuição gradativa da taxa de concepção espontânea com o passar dos anos [25].

Alguns autores consideram como ideal para gestar o intervalo de idade entre 20 e 34 anos, considerando que a fertilidade da mulher declina a partir dos 32 anos e a partir dos 35 os óvulos já estão em processo mais avançado de envelhecimento. Conseqüentemente, a idade materna avançada está associada a maior incidência de dificuldade para concepção, abortamentos espontâneos e doenças cromossômicas [25], além de baixo peso fetal, mortalidade fetal, parto prematuro, trabalhos de parto prolongados, aumento nas taxas de cesarianas, crises hipertensivas, distócias e diabetes gestacional. Em relação à primiparidade precoce, há maior incidência de abortamentos, partos prematuros, doenças hipertensivas, discinesias uterinas e desproporção cefalopélvica [28,29].

IV.5. Cesárea

A operação cesariana é uma das mais antigas cirurgias na história da medicina e o procedimento cirúrgico mais realizado na mulher em todo o mundo, consistindo em terminação da gravidez através de incisão nas paredes abdominal (laparotomia) e uterina (histeretomia) para liberar o conceito ali desenvolvido [25,30]. Inicialmente, surgiu na antiguidade como uma forma de salvar a criança após a morte materna, principalmente nas últimas semanas de gestação. Diferentemente de como muitos acreditam, seu nome não originou do nascimento do imperador romano Caio Júlio César, pois há registros de que, após seu nascimento, sua mãe ainda vivera por muitos anos; naquela época, somente a cesárea *post-mortem* era praticada. É mais provável que a etimologia esteja associada à lei romana denominada de *Lexis Regis*, posteriormente *Lex Cesarea*, que proibia enterrar uma mulher grávida falecida sem antes retirar a criança [25].

Com a evolução da medicina, durante o renascimento, o objetivo da cesariana passou a ser a salvação de ambas as vidas - mãe e feto. Hoje, com o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e anestésicas, trata-se de cirurgia segura, com riscos reduzidos de complicações pós-operatórias [30]. Segundo Villar e cols., outros fatores também têm contribuído com a ascensão da cesária: a conveniência e prática defensiva do obstetra, fatores demográficos e nutricionais, fatores institucionais e legais, a percepção dos provedores de cuidado e de pacientes de que o procedimento é seguro, mudanças nos sistemas de saúde e a cesárea a pedido da mulher, esta principalmente baseada no medo da dor e na crença de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea [31].

A despeito de se conhecer os amplos benefícios oferecidos pela realização da operação em inúmeras situações patológicas ante e intraparto, taxas de cesáreas acima do limite recomendado pela Organização Mundial de Saúde não estão associadas a benefícios maternos ou perinatais. Além disso, as taxas muito além do limite acarretam prejuízos tanto na saúde materna quanto da criança [3,4]. Revisões literárias recentes demonstram que cesáreas eletivas estão associadas a maior morbimortalidade materna decorrente de acidentes anestésicos, hemorragias, lesão vesical ou intestinal, alongamento da incisão miometrial, embolia amniótica, doença tromboembólica, infecção (da ferida cirúrgica, endometrite, infecção pulmonar, do trato urinário, septicemia), depressão e redução subsequente da fertilidade [32]. Há também complicações tardias tais como obstrução intestinal por aderências abdominais, endometriose nas incisões, acretismo placentário em gestações subsequentes, aumento da incidência de nova cesárea em gestações futuras e placenta prévia em gravidez subsequente [32].

As seguintes situações adversas são relacionadas ao neonato, principalmente quando a cesárea acontece antes das 39 semanas gestacionais: aumento de complicações respiratórias (taquipnéia transitória, Síndrome de Angústia Respiratória), hipoglicemia, sepsis, lacerações fetais diversas, admissão em unidade de terapia intensiva e colonização bacteriana indesejada no trato gastrointestinal, esta responsável por futuras alergias alimentares, asma e possivelmente diabetes tipo 1 [32,33]. Entretanto, apesar da OMS afirmar que “não há justificativa para que qualquer região do mundo apresente taxas de cesáreas acima de 10-15%”, a taxa brasileira permanece acima de 50% [2], mesmo com a prevalência de desejo por parto vaginal pela maioria das mulheres [34]. Em relação à cesárea a pedido, a Comissão de Ética da Federação Internacional de

Ginecologia e Obstetrícia defende que não é eticamente justificável sua realização por razões não médicas, tais como conveniência ou medo. No entanto, muitos obstetras concordam em atender a solicitação da mãe, caso não haja uma contraindicação formal para a realização da cirurgia [24].

Atualmente, o tipo de incisão mais utilizada na cirurgia cesariana é aquela descrita por Pfannenstiel em 1896, combinada aos passos da cesariana segmentar transversal propostos por Kerr na década de 1920: basicamente um corte segmentar realizado com bisturi na altura de 2-3 cm acima da sínfise púbica com cerca de 10 cm de largura e ligeira concavidade superior; sendo realizado na direção das fibras dos tecidos este método proporciona resultados estéticos satisfatórios [23]. Na década de 1990, desenvolveram-se no hospital de Misgav Ladach em Israel algumas modificações a esta técnica, especificamente a incisão abdominal passando a ser mais alta, a sutura uterina em camada única e o não encerramento do peritônio, novamente atualizadas em 2000 [35].

Não será descrita aqui a técnica cirúrgica da cesariana, mas vale ressaltar que a histerorrafia em camada única está associada a menor tempo operatório, menor perda sanguínea, menor incidência de endometrite puerperal e da necessidade de transfusão quando comparada à histerorrafia em camada dupla. Todavia, existe ainda alguma incerteza sobre se aumenta ou não o risco de deiscência uterina em partos subsequentes [35]. Já o não encerramento do peritônio visceral e parietal está associado a menor tempo operatório, menor incidência de febre e redução dos dias de internamento, mas há controvérsias sobre sua associação ou não com adesões utero-vesicais [35].

IV.6. Cesáreas de repetição

A realização da primeira cesárea é com frequência uma determinante de indicação para sua reiteração numa gravidez subsequente, o que contribui para o alto e ascendente índice de cesáreas de repetição em todo o mundo. No Brasil, é inquestionável que a antiga cesareada é sempre considerada possível candidata a nova operação, o que se espelha à exegese das estatísticas, onde a indicação dominante em grande número de hospitais é a ocorrência de cesárea anterior [23]. As cesarianas múltiplas trazem efeitos indesejados a curto e longo prazos, com complicações mais preocupantes, como placenta prévia, placenta acreta, ruptura uterina sintomática, hemorragia, necessidade de transfusão, lesões intestinais e vesicais e necessidade de histerectomia não planejada [23,36].

O acretismo placentário é definido como uma aderência anormal entre o tecido trofoblástico e o miométrio, sendo responsável pela maioria dos casos de histerectomia pós-cesariana [21]. A placenta acreta pode ser classificada como superficial ou acreta *strictu sensu*, quando o grau mais profundo penetra apenas até a camada esponjosa; profunda ou increta, quando a invasão trofoblástica penetra o miométrio, impossibilitando o descolamento manual; ou percreta, quando as vilosidades alcançam a camada serosa, podendo também ultrapassá-la e atingir estruturas adjacentes [37]. Sua ocorrência representa uma importante causa de hemorragia, coagulopatia, histerectomia e choque [37]. Landon e cols. demonstram que o fator de risco prevalente para placenta acreta é a presença de cicatriz uterina de cesárea prévia [38].

A placenta prévia afeta 0,5% de todas as gestações, mas o percentual sobe para 5% em mulheres com cesáreas anteriores [38]. É uma condição de risco para a

ocorrência de placenta acreta, aumentando proporcionalmente ao número de cirurgias. Assim, para primigestas com indicação de cesárea por placenta prévia, a incidência do acretismo placentário é 3,3%, subindo para 11% quando a mulher já sofreu uma cesárea, 40% se sofreu duas cesáreas e 61% caso tenham sido três cesáreas [38].

Permanece ainda controversa em muitos serviços obstétricos a oferta da PTP para gestantes com cicatrizes uterinas de cesáreas anteriores, mas já é uma constatação sólida entre os pesquisadores que a cesariana de repetição envolve múltiplos riscos à mãe e ao feto [5,20,39,40].

IV.7. Parto normal após cesárea

Uma determinada taxa de PNAC é definida pela proporção de mulheres previamente cesariadas que após uma PTP é bem sucedida em parir. Nos Estados Unidos, esta taxa cresceu de 18,9% em 1989, para 28,3% em 1996, mas vem decrescendo desde então, após a publicação do estudo de McMahan e cols. demonstrando alta incidência de histerectomia em grupo de mulheres submetidas a PTP [41]. A recomendação da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), conservadora quando comparada a outras sociedades médicas e suas diretrizes, é de que o PNAC deve ser uma opção aceitável para parturientes com incisões segmentares transversas caso um médico capacitado para realizar cesárea de emergência esteja à disposição [18].

A taxa de sucesso de PNAC geral para todas as candidatas é de 60 a 80%, cuja previsão pode ser facilitada conhecendo a história obstétrica acerca de condições preexistentes da paciente. As mulheres que tiveram parto vaginal prévio ou cuja

cesariana prévia foi devida a condições não-recorrentes são mais propensas a ter sucesso, mas não há sistema capaz de prever qual paciente específica terá êxito com o PNAC [21]. Atualmente muitos serviços obstétricos não oferecem prova de trabalho de parto às gestantes cesareadas, principalmente por precaução de caráter médico-legal, apesar dos riscos estarem melhores compreendidos e esclarecidos cientificamente, permanecendo baixos e previsíveis [42]. Resumidamente, cinco fatores gerais influenciam as baixas taxas de PNAC: opiniões de experts, protocolos hospitalares, fatores financeiros relacionados à atenção médica durante a PTP, prática médica defensiva e desejo da paciente [42].

IV.8. Indução farmacológica do parto

A indução do trabalho de parto consiste na estimulação de contrações uterinas em pacientes fora do trabalho de parto por meio de métodos específicos, visando promover contrações capazes de dilatar o colo do útero que possibilitem o parto vaginal sem haver sofrimento fetal. A indução difere da condução, pois esta tem como objetivo a adequação das contrações uterinas iniciadas espontaneamente para determinada fase do trabalho de parto [21,43].

O agente mais utilizado tanto para indução como para a condução é a ocitocina, hormônio nonapeptídico cíclico sintetizado nos núcleos paraventriculares e supra-ópticos do hipotálamo e liberado de forma pulsátil na porção posterior da hipófise. O uso de doses inadequadas pode causar taquissístolia e hipertonia uterina. Além deste fármaco, podem ser também empregados a sonda de Foley, prostaglandina (PGE2) e misoprostol [43].

Existem indicações e contra-indicações para a indução do trabalho de parto. Situações maternas e fetais, nas quais haja benefício com o término da gestação, tais como síndromes hipertensivas e amniorrexe prematura, são indicações para induzir farmacologicamente o parto. Já casos de desproporção cefalopélvica, gestações múltiplas, apresentações anômalas, placenta prévia e úteros anteriormente cesareados ou miomectomizados contraindicam o procedimento [23]. Entretanto, outros autores afirmam que a existência de cicatriz uterina prévia decorrente de cesárea, miomectomia ou metroplastia não constitui uma contra-indicação absoluta para a condução do parto por indução farmacológica, mas que o procedimento pode diminuir as chances de sucesso do PNAC [24].

De um modo geral, o uso de ocitocina só é contra-indicado na assistência ao PNAC quando a paciente foi previamente submetida a uma operação cesariana com incisão corporal do útero (cesárea clássica), hoje pouco utilizada. Apesar das indicações de uso serem semelhantes àquelas em pacientes sem história de uma ou mais cesarianas prévias [21], alguns estudos mais recentes demonstram que a dosagem da substância, o protocolo seguido e a duração da administração durante a PTP podem implicar em maior chance de ruptura uterina [44]. Outros estudos revelam que a chance de ruptura está associada ao uso de prostaglandinas seguido de ocitocina, mas não desta isoladamente [45]. Não há um consenso médico quanto ao risco associado à indução farmacológica em tentativa de PNAC, mas a maioria acredita que caso esta forma de manejo não ocorra seletivamente e criteriosamente, um número significativo de PTP terminará em cesáreas iterativas [21,44].

IV.9. Ruptura Uterina

A ruptura ou rotura uterina consiste em separação anatômica completa da parede do útero, sintomática ou assintomática, com ou sem expulsão da unidade feto-placenta [46]. De acordo com Shipp e cols., alguns fatores que interferem na integridade da cicatriz podem modificar o risco de ruptura uterina, tais como: febre puerperal, curto intervalo inter-partos, técnica de sutura inadequada, idade materna avançada, tipo de cicatriz, indução farmacológica do parto e número de cesáreas anteriores [47]. Outros estudos acrescentam que imagens obtidas através de ressonância magnética sugerem que o remodelamento e restauração da anatomia zonal uterina após incisão transversa baixa dura no mínimo um período de seis meses [46,47].

As controvérsias que envolvem PTP em mulheres com cesárea(s) anterior(es) gravitam particularmente em torno do medo de rotura uterina. Apesar do risco geral ser menor que 1%, seu advento gera graves consequências de morbidade e até mortalidade, por isso ainda é uma preocupação para as famílias e para os profissionais de saúde. Duas abordagens têm sido exploradas na literatura médica para predição de ruptura: a avaliação do segmento anterior do útero e os modelos multivariados [46,48]. A primeira, é realizada através de ultrassonografia com a bexiga cheia entre a 36a e 38a semanas de gestação com o objetivo de mensurar a porção mais fina do miométrio [48]; já os modelos multivariados variam principalmente entre aqueles que consideram dados anteriores ao trabalho de parto, incluindo história de parto vaginal anterior e idade materna, e aqueles que consideram fatores anteparto somados aos seguintes dados intraparto: indicadores de que o colo do útero esteja favorável (dilatação cervical, grau de extinção do colo, índice de Bishop e posição cervical), necessidade de indução ou condução farmacológica do parto, o uso de analgesia epidural e a monitoração cardíaca

fetal durante o trabalho de parto [46].

Os modelos descritos identificam aquelas mulheres mais susceptíveis à rotura uterina, mas são inconclusivos e inespecíficos; portanto, esta ainda permanece uma importante área de investigação na obstetrícia [44,46-48]. Via de regra, os estudos salientam que o início espontâneo do trabalho de parto e o grau de dilatação cervical avançada no momento da admissão hospitalar, ou no momento da ruptura das membranas, são ambos significativamente associados com PNAC de sucesso e com uma diminuição do risco de ruptura uterina [44].

V. METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Revisão Sistemática da Literatura, seguindo os critérios de qualidade PRISMA: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses* PRISMA [49].

Estratégia de busca para as bases de dados eletrônicas

Bases de Dados eletrônicas (MEDLINE/Pubmed, LILACS, Scielo, Biblioteca Cochrane/Bireme) foram consultadas retrospectivamente até o ano de 1993 usando a palavra- chave: “VBAC”; e os termos combinados: “*vaginal birth after cesarean*”, “*vaginal birth*” AND “*c-section*” OR “*cesarean*” OR “*caesarean*” além das suas respectivas traduções em português. Referências encontradas nos artigos também foram posteriormente analisadas e contato com alguns pesquisadores foi estabelecido para a solicitação de estudos citados considerados pertinentes.

Crítérios de inclusão

Foram incluídos artigos originais observacionais (estudos de caso-controle, coorte e corte transversal) e intervencionais (ensaios clínicos randomizados ou não) que descrevessem os desfechos do parto vaginal em mulheres com cesárea anterior. Com o objetivo de conduzir uma revisão abrangente, não houve restrições quanto ao idioma, localidade de condução da pesquisa, idade da gestante, raça, condição social ou modelo de assistência ao parto. Os artigos com acesso restrito foram solicitados diretamente ao autor ou adquiridos através de compra, quando necessários.

Crêterios de exclusão

Foram excluídos:

1. artigos duplicados;
2. dados de idade gestacional menor que 36 semanas no momento do parto;
3. dados referentes a gesta es múltiplas;
4. dados referentes a apresenta o pélvica;
5. revisões da literatura, metanálises, revisões sistemáticas, relatos de caso e editoriais.

Sele o dos estudos e avalia o qualitativa

A sele o dos estudos encontrados nas bases de dados foi realizada de maneira independente por dois revisores (M.N.M. e D.S.B.), através da avalia o de título, resumo e leitura do artigo integral quando identificados como potencialmente elegíveis. Discordâncias foram ajustadas após discussão. Os critérios descritos pela iniciativa STROBE: aprimorando a apresenta o de resultados de estudos observacionais em epidemiologia [50] foram utilizados para avaliar a qualidade metodológica individual dos artigos. Seguindo os substratos propostos pelo checklist da iniciativa STROBE, os estudos foram classificados como satisf rios, quando mais de 66% dos itens explicitados estavam presentes; intermediários, quando estavam presentes de 33-65% dos itens; ou insatisf rios, quando menos de 32% dos itens eram contemplados. A classifica o de um estudo original como intermediário ou insatisf rio está relacionada a maior probabilidade daquele estudo apresentar vieses variados.

Aspectos Éticos

Todos os artigos incluídos na revisão foram aprovados pelos respectivos comitês de ética dos locais de coleta de dados. Para este presente estudo, em acordo com a Resolução CNS- MS, números 196 de 1996, não é necessária a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

VI. RESULTADOS

Para a busca na base de dados Pubmed/MEDLINE, os descritores foram organizados em Problema/Preditor/Resultado (PPR), que estão expostos na **Quadro 1**. Para a escolha dos termos, foi utilizada a ferramenta “Medical Subject Headings”(MeSh).

Quadro 1. Resultados da pesquisa no banco de dados Pubmed/MEDLINE

PASSOS		SINTAXE	NÚMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS
1. Artigos referentes à vias de parto	#1	(birth[Title/Abstract]) OR delivery[Title/Abstract]	440.594
2. Artigos referentes à cesáreas	#2	((cesarean[Title/Abstract]) OR caesarean[Title/Abstract]) OR c-section[Title/Abstract]) OR instrumental delivery[Title/Abstract]	41.913
3. Problema: combinando #1 e #2	#3	#1 AND #2	30.076
4. Preditor: partos vaginais	#4	((vaginal birth[Title/Abstract]) OR VBAC[Title/Abstract]) OR vaginal birth after cesarean[Title/Abstract]	1.708
5. Resultados: desfechos maternos e perinatais	#5	((maternal outcomes[Title/Abstract]) OR fetal outcomes[Title/Abstract]) OR risks[Title/Abstract]	142.995
6. Combina os 3 itens do PPR	#6	#3 AND #4 AND #5	187

Foram pré- selecionados 187 artigos. Após análise de título e resumo, 172 foram excluídos por não serem estudos originais ou fugirem do tema proposto pela presente revisão. Ou seja, da base de dados Pubmed/MEDLINE, foram obtidos 15 artigos.

Para a busca nos demais bancos de dados (LILACS, Scielo, Biblioteca Cochrane/Bireme), foram utilizadas as palavras-chave “VBAC”; “vaginal birth after cesarean”, “vaginal birth”, “c-section”, “cesarean”, “caesarean” sozinhas e combinadas, estando presentes nos títulos dos artigos. A **tabela 1** mostra o resultado obtido a partir da busca destes descritores.

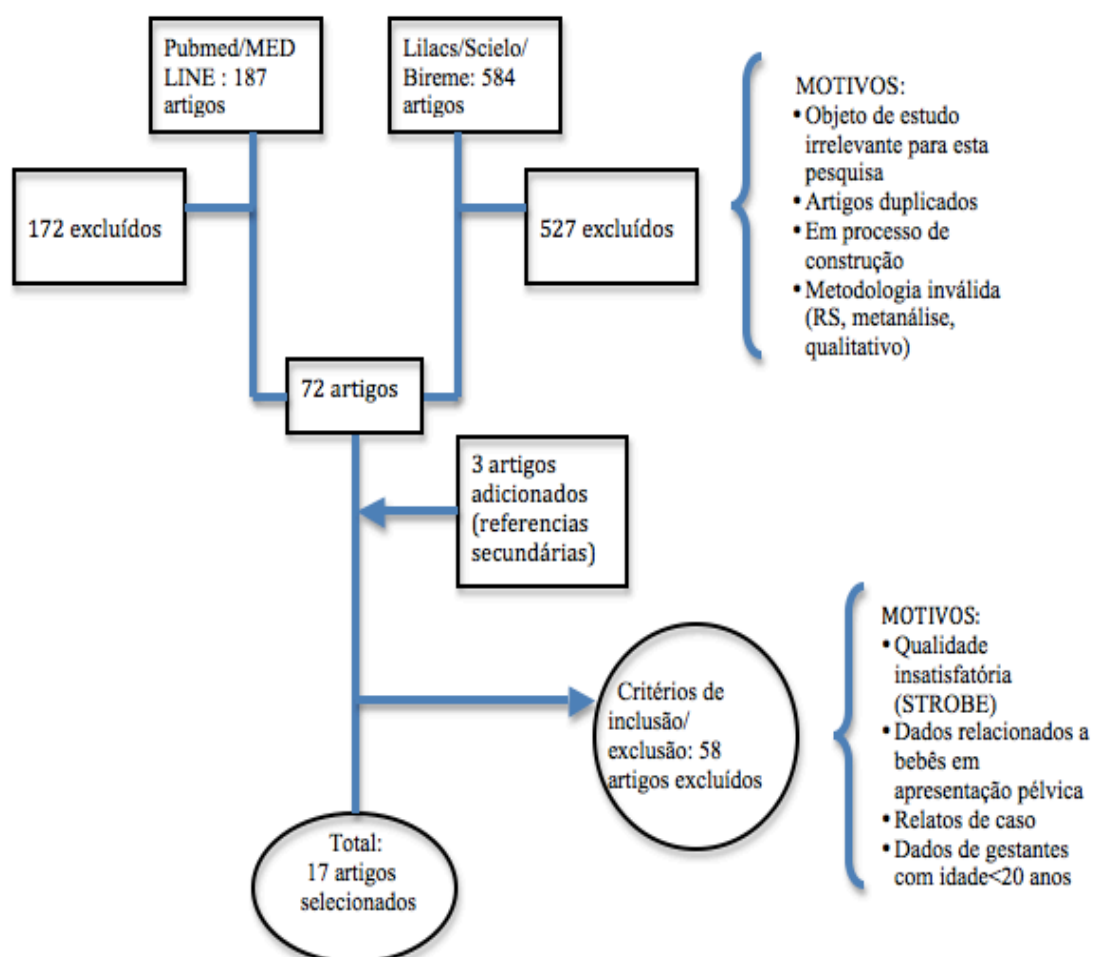
Tabela 1. Resultados da pesquisa nos bancos de dados LILACS, Scielo e Bireme/Biblioteca Cochrane

Descritores	Lilacs	Scielo	Bireme
vaginal birth	14	258	786
cesarean OR caesarean OR c- section	801	4.508	19.215
vaginal birth after cesarean OR VBAC	2	1	482
parto vaginal AND cesarean	34	21	44

A partir da análise dos títulos e resumos dos 584 artigos obtidos, foram excluídos aqueles em duplicidade, os que não representavam artigos originais e os estudos com temática irrelevante para o objetivo desta pesquisa, resultando em 57 artigos potencialmente elegíveis. A estes e aos artigos encontrados no Pubmed, foram acrescentados 3 estudos obtidos através de referências citadas em trabalhos utilizados para a fundamentação teórica, totalizando 75 estudos para leitura integral das pesquisadoras. Foram então aplicados os critérios previamente definidos de inclusão e exclusão e 17 artigos foram selecionados para esta revisão sistemática. Estes 17 artigos foram analisados de modo independente pelas duas autoras (M.N.M. e D.S.B.) e classificados como trabalhos de qualidade satisfatória de acordo com os subsídios para avaliação STROBE [50], ou seja, satisfaziam mais de 66% dos itens sugeridos na iniciativa como essenciais para um estudo observacional.

O **Anexo I** apresenta as referências dispostas em ordem alfabética de todos os artigos que foram excluídos desta revisão após leitura integral e o **fluxograma 1** sumariza todas as etapas do processo de seleção dos artigos.

Fluxograma 1. Processo de seleção dos artigos para a revisão sistemática



Dos 17 artigos selecionados, a maior parte (5) foi conduzida nos Estados Unidos, seguida por Brasil (4). Apesar desta revisão não ter restringido a inclusão de artigos quanto ao ano de publicação, aproximadamente 60% foram conduzidos na derradeira década, evidenciando o caráter atual da investigação. Oito de 17 estudos foram coortes retrospectivas, 5 foram estudos do tipo caso-controle, 2 transversais, 1 coorte prospectiva e apenas 1 estudo analisou os desfechos de um grupo alocado de

forma randomizada para a escolha da via de parto. O total de mulheres com histórico de cesárea que foram submetidas à PTP, resultando ou não em parto vaginal, foi de 163.266 gestantes. Os artigos estão dispostos no **Quadro 2** em ordem cronológica de publicação e são detalhados em seguida.

Quadro 2. Título, data de publicação e país de origem dos estudos selecionados para a Revisão Sistemática

No	ARTIGO INCLUÍDO PARA REVISÃO SISTEMÁTICA:	ANO	PAÍS
1	Predictive score for vaginal birth after cesarean section [51]	1995	ISRAEL
2	Neonatal Morbidity After Elective Repeat Cesarean Section and Trial of Labor [52]	1997	ESTADOS UNIDOS
3	Vaginal Birth After Cesarean in a Hospital-based Birth Center Staffed by Certified Nurses-Midwives [53]	1997	ESTADOS UNIDOS
4	Fatores Prognósticos para o Parto Transvaginal em Pacientes com Cesárea Anterior [54]	1998	BRASIL
5	Vaginal birth after caesarean section in a population with a low overall caesarean section rate [55]	2001	HOLANDA
6	Risk of Uterine Rupture During Labor Among Women with a Prior Cesarean Delivery [56]	2001	ESTADOS UNIDOS
7	Prova de Trabalho de Parto Após uma Cesárea Anterior [57]	2002	BRASIL
8	Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery [58]	2004	CANADÁ
9	Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study [59]	2005	ESTADOS UNIDOS

Quadro 2. [continuação]

10	Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success [60]	2006	ESTADOS UNIDOS
11	A prova de trabalho de parto e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior [61]	2007	BRASIL
12	Vaginal birth after caesarean delivery in the West African setting [62]	2007	GANA
13	Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2006-2007 [63]	2010	COSTA RICA
14	Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior [64]	2011	CUBA
15	Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Caesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial [65]	2012	AUSTRÁLIA
16	Factors associated with success of vaginal birth after one caesarean section (VBAC) at three teaching hospitals in Adis Ababa, Ethiopia: a case control study [14]	2013	ETIÓPIA
17	Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais [66]	2013	BRASIL

Weistein et al. [51] conduziram um estudo do tipo retrospectivo que avaliou 471 mulheres candidatas ao parto por via baixa após uma cesárea prévia. Destas, 78,1% alcançaram com êxito o PNAC e 21,9% precisaram de uma cesárea iterativa intraparto. Após ajuste dos variáveis potencialmente confundidores, a análise dos resultados possibilitou inferir a não relação entre um ou o outro desenlace com a idade da gestante, o peso do feto ao nascer ou a maioria das indicações para cesárea anterior. Entretanto, outras variáveis associaram-se com maior força ao sucesso do PNAC: índice de Bishop (que gradua as condições favoráveis do colo uterino) igual ou maior que 4 na tentativa do parto normal, história de parto vaginal e as seguintes indicações para a cesariana anterior: apresentação anômala (principalmente pélvica, responsável por 29,7% das indicações), doença hipertensiva específica da gestação e prematuridade. Os resultados

foram utilizados para construir um sistema de pontuação capaz de prever se uma gestante previamente cesareada deve ou não submeter-se à PTP.

Hook et al. [52] estudaram uma população de 1007 gestantes com histórico de cesárea que vivenciaram a cesárea eletiva de repetição (508 mulheres), o parto normal após cesárea (342 mulheres) ou uma tentativa frustrada de parto normal após cesárea (157 mulheres), avaliando a morbidade neonatal associada a cada uma das três trajetórias. A rotura ou deiscência uterina aconteceu em 1% das mães que passaram pela PTP, mas não causou nenhuma sequela materna ou neonatal. De um modo geral, os bebês nascidos de cesárea eletiva de repetição apresentaram uma taxa significativamente maior de problemas respiratórios ao nascer, incluindo taquipnéia transitória e síndrome do desconforto respiratório. Por outro lado, aquelas submetidas à PTP que evoluíram para uma cesárea obtiveram maior incidência de morbidades quando comparadas ao grupo controle de parto vaginal de rotina e ao grupo que optou pela cesárea eletiva de repetição.

Outros estudos também compararam os desfechos entre a tentativa de PNAC e a cesárea eletiva de repetição: Bais et al. [55] analisaram prospectivamente 252 pacientes com uma cesárea prévia em população com índice geral de cesáreas baixo quando comparado aos índices de outras populações. Destas, 68 escolheram a cesárea eletiva de repetição e 184 submeteram-se à PTP. Os resultados obtidos para o grupo que almejou o PNAC foram desfavoráveis em relação à incidência de rotura uterina (1 caso *vs.* nenhum caso no grupo da cesárea eletiva), porém favoráveis quanto às complicações por hemorragia maior que 500 ml (17% no grupo submetido à PTP *vs.* 29% no grupo da cesárea eletiva). Os desfechos perinatais foram mais positivos para os neonatos nascidos por cesárea eletiva. Entretanto, os autores afirmam que os casos de mortalidade

neonatal não foram relacionados com a via de parto. Já Calderon et al. [57] observaram 438 gestantes com uma cesárea anterior e seus 450 recém-nascidos, divididos em um grupo candidato à PTP e outro submetido à cesárea eletiva de repetição. No desenho do coorte por eles projetados, a PTP foi considerada como variável independente, definida pela presença de contrações uterinas rítmicas e progressivas, espontâneas ou induzidas. No grupo que tentou o parto vaginal, 177 gestantes (59,2%) obtiveram sucesso. Apesar da pequena proporção, foram complicações exclusivas do grupo de gestantes submetidas à PTP a retenção placentária (2,0%), a realização de histerectomia no pós-parto (0,3%) e a rotura uterina (1,0%), esta evoluindo satisfatoriamente após histerorrafia. Entretanto, de uma forma geral, as complicações maternas não foram relacionadas à PTP, atingindo cerca de 10,0% das pacientes em ambos os grupos.

Harrington et al. [53] analisaram retrospectivamente 298 mulheres com uma cesárea anterior, admitidas em centro de parto normal de baixo risco com gestação entre 36 e 43 semanas, ao longo do período de 5 anos. Como critério de permissão para a tentativa de trabalho de parto, era necessária a satisfação de uma das seguintes condições: cicatriz uterina baixa transversa ou história de parto vaginal sem complicações após a cesárea. Do grupo total de mulheres, apesar de 8,7% terem sido transferidas intraparto para unidade de assistência médica, 293 (98,3%) obtiveram êxito na tentativa de parir por via baixa. Das cinco mulheres, cujo desfecho foi uma cesárea de repetição após trabalho de parto, uma apresentou deiscência assintomática de cicatriz uterina, evento que não causou morbimortalidade à paciente e que pode estar vinculado ao uso de ocitocina para intensificação das contrações. O uso de prostaglandinas também parece estar associado à evolução desfavorável da PTP, como ficou sugerido no estudo de Lydon-Rochelle et al. [56]. Estes pesquisadores conduziram um coorte retrospectivo o longo de 9 anos analisando os desfechos da segunda gestação de 20.095

mulheres que tiveram seus primogênitos através de cesárea. Os autores compararam a incidência de rotura uterina em partos vaginais com início espontâneo de trabalho de parto (5,2 mulheres por 1000), partos vaginais farmacologicamente induzidos através de prostaglandinas (24,5 mulheres por 1000), partos vaginais induzidos sem o uso de prostaglandinas (7,7 mulheres por 1000) e cesáreas eletivas (1,6 mulheres por 1000). Os resultados evidenciaram que o uso de prostaglandinas tem forte associação com a incidência de rotura uterina. Comparando as consequências pós-parto entre os grupos com advento da ruptura e aquele sem ruptura uterina, foram constatadas no primeiro grupo as seguintes complicações: anemia pós-hemorrágica severa, infecção puerperal, lesão vesical, íleo paralítico, histerectomia e internação hospitalar com duração superior a cinco dias.

Macones et al. [59] analisaram algumas variáveis associadas à evolução da PTP em 13.706 mulheres com uma ou mais cesáreas prévias; destas, mais de 75% evoluíram com parto vaginal. Diferentemente dos resultados obtidos em outros estudos aqui revisados [56,58], o uso de prostaglandinas nas mulheres observadas neste coorte retrospectivo não gerou mais casos de rotura uterina. Todavia, o uso da substância combinada com ocitocina para indução e intensificação das contrações uterinas representou maior risco de rotura: 19,4% dos casos aconteceram após administração dos dois fármacos. Em consistência com outros resultados demonstrados acima, a chance de sucesso do PNAC foi maior para candidatas que já haviam parido por via baixa anteriormente àquela gestação [14,51,53,54,64], fato que parece exercer efeito protetor contra a rotura uterina na PTP após cesárea.

Santos et al. [54] delinearum um estudo de caso-controle para determinar a ultimate do parto por via transpélvica em gestantes com cesárea anterior admitidas em

trabalho de parto na unidade hospitalar. Como casos, foram incluídas as mulheres que evoluíram com parto vaginal (n=338) e controles, aquelas cuja PTP resultou em interrupção por via abdominal (n=156). Foi verificada maior chance de parto vaginal em pacientes mais jovens (média de 23,2 +- 2,4 anos), com história de parto vaginal anterior à cesárea e com indicações da cesariana anterior por doenças específicas da gestação. Dentre os desfechos principais das duas vias de parto, a mortalidade perinatal foi a mesma (0,6%) e o escore de Apgar semelhante nos dois desfechos. Os resultados obtidos por Matias et al. [61], ao observarem os desfechos da PTP de 1746 mulheres com cesárea prévia em hospital universitário no sudeste do Brasil, também permitem inferir que algumas variáveis estão associadas à evolução para uma cesárea de repetição: idade materna superior a 35 anos, rotura prematura de membranas, apresentação fetal não cefálica e maior altura uterina. No referido estudo, 41,9% das mulheres evoluíram para ultimateção da gravidez por via cirúrgica, sendo que em 28,6% dos casos (n=206) a indicação da cesárea foi por diagnóstico intraparto de sofrimento fetal. Em relação à indução farmacológica do parto através do uso de ocitocinas, a consequência observada foi o aumento do risco em 2,5 vezes de evolução para uma cesárea. Já o uso da substância para condução do trabalho de parto, favoreceu a evolução da PTP para PNAC.

As variáveis associadas à evolução da PTP para PNAC também foram analisadas por Birara et al. [14]. Os autores delinearam um estudo multicêntrico composto por 101 casos de PNAC pareados a 103 controles, estes caracterizados por pacientes com tentativas frustradas de parto vaginal após cesárea. Os resultados evidenciaram uma associação importante entre o PNAC e histórico de parto normal anterior (19,9%) e dilatação cervical maior que 3cm na admissão hospitalar (27,7%). No grupo controle, observou-se que a principal indicação para a cesárea de repetição foi

trabalho de parto lento (43,7%). Nos hospitais universitários, onde o estudo foi conduzido, o uso de ocitocina para a condução da PTP é proibido.

Wen et al. [58] observaram retrospectivamente os dados relacionados às vias de parto de 308.755 mulheres com histórico de cesárea, após excluírem todos os casos de gestação múltipla, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, apresentações pélvica/obliqua/transversa, partos prematuros, placenta prévia, descolamento placentário, herpes simplex e idade menor que 14 anos. Durante o período de 13 anos de duração do estudo, 12 mortes maternas intra-hospitalares ocorreram: 10 no grupo que escolheu a cesárea eletiva de repetição, relacionadas à complicações cirúrgicas, e 2 no grupo sujeitado à PTP. Além da maior mortalidade, a incidência de infecção puerperal foi maior no primeiro grupo (0,47% vs. 0,38%). Dentro do segundo grupo, a incidência de rotura uterina foi maior nas mulheres com trabalho de parto farmacologicamente induzido quando comparado aos trabalhos de parto espontâneos, sendo o uso de prostaglandina fortemente associado a indesejados desenlaces. Em toda a população estudada, os desfechos maternos gerais apresentaram uma associação com o tamanho do hospital, sendo as unidades que atendiam mais de 500 nascimentos/ano mais preparadas para lidar com intercorrências negativas do que aqueles com atendimento de 500 ou menos nascimentos/ano.

Adanu et al. [62] observaram retrospectivamente 586 mulheres com histórico de cesárea elegíveis à PTP devido à apresentação fetal cefálica e cicatriz segmentar transversa baixa. Destas, 281 (48%) evoluíram para PNAC, mas o restante precisou de cesárea iterativa. O motivo associado ao desfecho cirúrgico foi principalmente desproporção cefalopélvica (50,8%), o que de acordo com o protocolo adotado englobou as situações de trabalhos de parto prolongado ou estacionado. A média de peso fetal ao nascer foi 3,12 kg nas tentativas bem sucedidas de parto vaginal e 3,45 kg

nos casos de cesárea por desproporção cefalopélvica. O peso dos recém-nascidos foi semelhante em outro estudo, conduzido por Madi et al [66], que obtiveram médias de 3,279kg nos casos de PNAC e 3,323kg nos casos de cesárea intraparto de repetição. Estes autores desenvolveram um estudo do tipo caso-controle para analisar o impacto do parto vaginal em secundigestas com histórico de cesárea sobre os resultados perinatais. Os resultados por eles obtidos revelaram que os neonatos nascidos através de uma segunda cesárea necessitaram com mais frequência de cuidados intensivos, em virtude da evolução para taquipnéia transitória (n=6 vs. n=1 para PNAC), disfunções respiratórias inespecíficas (n=8 vs. n=2) e sepse (n=4 vs. n=2).

Leal-Mateos et al. [63] analisaram tanto os resultados obstétricos como os neonatais relacionadas ao PNAC. A porcentagem de complicações maternas foi maior no grupo que finalizou a PTP com cesárea de repetição (18% dos casos, comparado a 5,7% naquelas que evoluíram para parto vaginal e 7,6% do grupo controle que foi submetido à cesárea eletiva de repetição). Com respeito aos neonatos, chama a atenção nos resultados o fato de todos os recém nascidos com dificuldades respiratórias estarem no grupo controle da cesárea eletiva de repetição; os autores associam a incompetência respiratória com a não passagem pelo canal vaginal. Iglesias et al. [64] também projetaram determinar os resultados maternos e perinatais em partos de mulheres com cesárea anterior. Das 35 mulheres (27,1%) que evoluíram para a cesariana de repetição, as principais causas relacionadas ao desfecho foram trabalho de parto prolongado (34,3%), frequência cardíaca fetal não tranquilizadora (31,4%) e desproporção cefalopélvica (20%). A rotura uterina ocorreu em dois casos, ambos de mulheres com intervalo intergenésico inferior a 24 meses. Das mulheres que evoluíram para PNAC, 71,3% tinham histórico de parto vaginal, o que permite inferir uma forte correlação entre PTP propensa ao sucesso e mulheres sofreram cesárea e parto vaginal em

gestações prévias.

Merece destaque o estudo conduzido por Crowther et al. [65] por ser o único publicado que representa uma população randomizada para a escolha da via de parto, apesar desta ter sido formada por um pequeno grupo de mulheres (n=22) dentro da população total (n=2.345) analisada pelos autores. No grupo sujeitado ao ensaio clínico randomizado não houve diferença de morbimortalidade materna ou infantil. Já no grupo alocado de acordo com a preferência da parturiente, a escolha de cesárea eletiva associou-se a uma redução benéfica no risco de morte ou complicações graves do recém-nascido (0,9%vs. 2,43%), a qual os autores relacionam com o número de semanas gestacionais avançado no grupo da PTP. Já o risco de ruptura uterina foi baixo para todos os grupos: 0,1% nos casos de cesárea eletiva de repetição e 0,2% nos casos de PNAC.

O estudo de Cahill et al. [60] difere em parte dos demais, pois os autores desenvolveram um coorte retrospectivo para acessar a segurança e o sucesso da PTP para mulheres com histórico de 3 ou mais cesáreas. Das 89 mulheres observadas, não houve casos de rotura uterina, lesão vesical ou lesão intestinal e a chance de sucesso foi equiparada a do grupo controle – este caracterizado por histórico de 1 ou 2 cesáreas apenas. Entretanto, as taxas de transfusão sanguínea e febre puerperal entre as mulheres com 3 ou mais cesáreas foram maiores (2,2% vs. 0,7% e 15,7% vs. 9,5%, respectivamente). De uma forma geral, o parto após 3 cesáreas está associado a índices de morbidade semelhantes à cesárea eletiva após 3 ou mais cesáreas, sendo que a quarta cesárea iterativa representa maiores chances de lesões em bexiga (1,6%) e outras lesões cirúrgicas (0,9%).

A maioria dos artigos revisados (11/17) aborda apenas os desfechos maternos relacionados ao PNAC, visto que um ou outro registrou dados neonatais relacionadas à via de parto. A **Tabela 2** mostra as taxas de sucesso após tentativa de parir com histórico de uma ou mais cesáreas e algumas complicações associadas.

Tabela 2. Principais desfechos na tentativa de PNAC em todos os estudos incluídos na Revisão Sistemática seguindo a ordem cronológica de publicação

<i>Referência</i>	<i>Número de mulheres submetidas a PTP</i>	<i>Taxa de PNAC (em %)</i>	<i>Taxa de cesárea de repetição (em %)</i>	<i>Frequência de rotura uterina* (em %)</i>	<i>Frequência de transfusão sanguínea(%)</i>	<i>Frequência de 5'Apgar < 7 (%)**</i>
Weinstein et al. [51]	471	78,1	21,9	0	_____	_____
Hook et al. [52]	499	69	31	1	_____	7,7
Harrington et al. [53]	298	98,3	1,7	0,3	_____	_____
Santos et al. [54]	494	68,4	31,6	_____	_____	0,9
Bais et al. [55]	184	77,2	22,8	0,5	4	9
Lydon-Rochelle et al. [56]	13.115	_____	_____	0,6	_____	_____
Calderon et al. [57]	299	59,2	40,8	1	_____	_____
Wen et al. [58]	128.960	71,69	28,31	0,65	0,19	_____
Macones et al. [59]	13,706	75,44	24,56	0,9	0,7	_____
Cahill et al. [60]	89	79,8	20,2	0	2,2	_____
Matias et al. [61]	1,746	58,1	41,9	_____	_____	_____
Adanu et al. [62]	586	48	52	_____	_____	_____

Tabela 2. [continuação]

Leal-Mateos et al. [63]	149	59,1	40,9	1,3	—	2
Iglesias et al. [64]	129	72,9	27,1	1,6	1,6	—
Crowther et al. [65]	1.237	43,2	56,8	0,2	2,4	0,1
Birara et al. [14]	204	—	—	—	—	—
Madi et al. [66]	1.100	45,6	54,4	0,1	—	2,1

Abreviações: PTP, Prova de trabalho de parto; PNAC, Parto normal após cesárea.

*foram considerados os casos de rotura uterina propriamente dita e deiscência de cicatriz.

**o índice de Apgar (0-10) é uma escala usada para avaliar as condições dos recém-nascidos nos minutos 1,5,10 de vida.

Do total de 163.266 mulheres observadas em todos os estudos, para a maior parte (n= 149.947) foi avaliada a evolução da PTP para cesárea ou PNAC. A evolução satisfatória para o parto vaginal foi de 71,36%. A incidência de rotura uterina foi em média 0,65%, da necessidade de transfusão sanguínea para as parturientes foi 0,25% e do índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida, 1,78%. Os resultados permitem a classificação de determinadas variáveis como favoráveis ao sucesso do PNAC, tais como histórico de parto vaginal [14,51,53,54,59,64] e a não utilização de métodos farmacológicos de indução/condução do trabalho de parto [53,56,58,59,61].

Ao observar a evolução das mulheres que almejam o PNAC, alguns estudos compararam os desfechos da tentativa com a escolha de cesárea eletiva de repetição, agendada para período anterior ao trabalho de parto [52,55,57,58]. Os resultados estão sumarizados no **Tabela 3** e esclarecem o porquê das diretrizes Americana [18] e

Canadense [12] recomendarem o PNAC mesmo com a possibilidade de rotura uterina, transfusão sanguínea e Apgar baixo no quinto minuto, como foi registrado na **Tabela 2**.

Tabela 3. Comparação entre os desfechos da PTP e da cesárea eletiva de repetição

Complicações Maternas:	PTP		Cesárea eletiva de repetição	
	(%)	n	(%)	n
1. Febre >38	9,6	1.356	13,15	1.596
2. Rotura/ deiscência uterina	0,65	935	0,25	468
3. Transfusão Sanguínea	0,25	359	0,24	454
4. Histerectomia	0,09	129	0,08	140
Complicações Perinatais (%):				
1. 5' Apgar <7	1,78	26	1,61	13
2. Necessidade de Ventilação	7,5	48	4,7	31
3. Complicações respiratórias	5,28	26	7,04	35
4. Admissão em UTI	1,3	21	0,99	17
5. Sepsis	0,3	5	0,3	4
6. Mortalidade	1,3	11	2,4	7

Abreviações: PTP, Prova de trabalho de parto.

Alguns artigos (8/17) registraram informações sobre variáveis obstétricas e demográficas que apresentaram uma associação com o desfecho obtido na tentativa de

parto vaginal para mulheres com histórico de cesáreas. Dentre estas variáveis o antecedente de um ou mais partos vaginais destaca-se como um fator fortemente ligado à probabilidade de êxito do parto vaginal pós cesariana [14,51,53,54,59,64] e parece estar relacionado à motivação pessoal da mulher em repetir o parto normal, em detrimento de uma repetição do procedimento cirúrgico, como também às indicações da cesariana prévia por motivos relacionados com aquela gestação em particular, tais como doenças hipertensivas da gestação. Outras variáveis favoráveis observadas foram a idade materna inferior a 30 anos [14,54,56,58,66]; a não indução ou condução do trabalho de parto através do uso de fármacos [53,56,59], sendo que entre as substâncias utilizadas, a prostaglandina apresentou associação mais forte com desfechos negativos [56]; por fim, o intervalo interpartal superior a 24 meses esteve associado a maior chance de alcançar o PNAC em alguns trabalhos [61,64], mas em outros estudos não diferiu significativamente dos partos realizados com intervalo inferior a 2 anos [14,54].

VII. DISCUSSÃO

O histórico de cesárea é uma frequente indicação de nova cesariana, uma vez que muitos obstetras ainda se baseiam no princípio afirmado em 1926 que “uma vez cesárea, sempre cesárea” e temem a ruptura da cicatriz uterina ou outros desfechos desfavoráveis [8]. Entretanto, não existem evidências científicas que respaldem o risco atribuído ao PNAC. A análise de 17 artigos conduzida ao longo deste trabalho sugere a hipótese imensamente plausível de que as consequências associadas às duas vias de parto – cesárea de repetição e vaginal após cesárea(s)- são semelhantes.

A proporção de mulheres analisadas nesta revisão sistemática que tentaram a prova de trabalho de parto e tiveram sucesso em parir foi 71,38% (107.038 mulheres do total de 149.947). Esta população é compatível com o resultado de outras revisões publicadas previamente: a proporção, encontrada por Rossi et al, numa revisão de 7 artigos conduzida em 2008, foi de 73% [67], bem próxima ao resultado alcançado por Tahseen et al, em 2009, que foi de 71,1% [19]. De forma semelhante, a revisão de 17 artigos realizada por Boulvain et AL. em 1997 registrou que 69% (IC 95%=63,0 – 75,0) das mulheres com cesárea anterior alcançaram o PNAC [68]. A homogeneidade entre estes dados permite inferir que independentemente do local e contexto das pesquisas sistematizadas, para a maioria das mulheres, a oferta de tentar o parto vaginal em detrimento de submeter-se novamente à cirurgia foi bem sucedida. Ou seja, seguramente os profissionais de saúde devem ser encorajadores desta via de parto.

Os resultados obtidos também permitem assegurar uma forte correlação entre a história de parto vaginal anterior e o sucesso do PNAC. Esta evidência foi demonstrada em cinco artigos incluídos na revisão sistemática [14,51,53,54,64]. Em um desses

estudos, realizado em Recife, Pernambuco, observou-se que um dos principais fatores associados ao sucesso do parto vaginal após cesárea foi a história de parto vaginal anterior (OR=1,88; IC 95%=1,25 - 2,31) [54]. Aparentemente, para as multíparas, uma experiência prévia de parto normal exerce efeito protetor contra desfechos negativos em partos pós-cesárea(s), especialmente a incidência de ruptura uterina. Normalmente, o segundo parto é mais rápido que o anterior devido à maior elasticidade vaginal, maior mobilidade óssea, menor duração do tempo necessário para a dilatação total e prévia adaptação do corpo às alterações hormonais intrínsecas ao estado fisiológico [23]. Provavelmente, mesmo que previamente cesareadas, mulheres com o parto vaginal anterior se beneficiam destes fatores característicos do segundo parto. Outra explicação razoável seria a associação da cesariana prévia para mulheres com parto vaginal anterior a causas outras que não a desproporção cefalopélvica, situação que está sujeita a se repetir e que implica em experiência não exitosa de PNAC. A PTP deve ser, portanto, especialmente recomendada a este grupo de pacientes.

Com relação às outras variáveis associadas a desfechos positivos ou negativos, tais como idade da parturiente, idade gestacional, intervalo interpartal e número de cesáreas anteriores, os resultados sugerem algumas associações de força fraca a moderada. Estas inferências não são conclusivas, mas sugerem que mulheres com idade igual ou superior a 35 anos [54,61], com idade gestacional acima de 40 semanas [65], intervalo interpartal inferior a 24 meses [64] e apresentação não-cefálica [61] tendem a evoluir para desfechos mais negativos. É importante ressaltar que estes dados não foram homogêneos em todos os estudos sistematizados. Em relação ao número de cirurgias prévias, há evidências de que a morbidade materna seja maior nos grupos de duas ou mais cesarianas anteriores [54,59,60], apesar desta diferença não ser estatisticamente significativa em nenhum desses estudos. O fato é que cesarianas repetidas aumentam o

risco gestacional, independentemente da via de parto seguinte. Isto posto, é preciso esclarecer às pacientes que também a cesárea eletiva de repetição tem desfechos negativos e algumas consequências catastróficas [58,52,63], tais como ruptura uterina, necessidade de histerectomia, lesão de bexiga ou intestinos e hemorragia. As mulheres com histórico de cesárea que tentaram o PNAC, incluídas nos 17 artigos revisados, apresentavam cicatriz segmentar transversa baixa, pois já é constatado na literatura médica que as cicatrizes clássica e vertical, hoje raramente utilizadas por obstetras, elevam o risco de deiscência de suturas e rotura. Por conseguinte, a este grupo de mulheres deve ser recomendada a cesárea eletiva de repetição.

Em relação ao local de assistência ao parto, a maioria dos artigos revisados observou desfechos daqueles conduzidos em ambiente hospitalar. Apenas uma pesquisa foi realizada em casa de parto[53], onde obstetras ou *midwives* são responsáveis pelo manejo e condução de todos os processos, merecendo interpretação cautelosa visto que o resultado observado diferiu da média obtida nos demais estudos. Enquanto a média total de desfecho exitoso do PNAC foi de 71,38%, como mencionado anteriormente, na casa de parto particularmente este valor subiu para 98,3%, incluindo as 26 pacientes que foram transferidas para unidade hospitalar. Esta alta taxa de sucesso pode estar associada com a seleção mais criteriosa das mulheres que vão ser submetidas à PTP; na casa de parto onde foi conduzida a pesquisa, todas as candidatas incluídas no grupo controle para PNAC eram de baixo risco. Os critérios exigidos foram: idade gestacional entre 36-43 semanas, admissão após detectado trabalho de parto com contrações regulares e dilatação cervical igual ou maior que 4cm, feto único em apresentação cefálica, peso fetal estimado entre 2.500 - 4.000g, uma cesariana anterior e cicatriz segmentar transversa. Conhecer estas exigências pode ser útil para avaliar a chance de sucesso de uma determinada paciente e esclarecer suas dúvidas e anseios com relação à

escolha de uma ou outra via de parto. Outros estudos também demonstraram maiores taxas de parto normal do que cesáreas em ambientes não hospitalares com assistência prestada por obstetrias, quando comparado às taxas de instituições hospitalares [69,70].

A taxa global de ruptura uterina revelada nesta revisão foi mais baixa que a encontrada em outras revisões. Enquanto a média dos 17 artigos aqui revisados foi de 0.7% de incidência do evento, em outros estudos esta foi de 1,3% e 2,1% [67,68]. Tal discrepância pode ser explicada pela influência dos resultados obtidos por dois estudos que registraram taxas nulas de ruptura uterina, diferentemente dos demais. Um deles não incluiu, em seu grupo amostral, mulheres submetidas à indução farmacológica do parto [51], fator que parece predispor ao risco de rotura [55,56,68,59,61]. Já o grupo amostral do segundo estudo com taxa de rotura igual a zero foi de apenas 89 mulheres, número bem inferior aos grupos dos demais estudos, o que pode ter causado um erro aleatório nos resultados [60]. Ainda em relação ao uso de fármacos para induzir ou intensificar as contrações em mulheres previamente cesareadas, os resultados não permitem conclusões quanto ao tipo de substâncias que devem ser evitadas, (prostaglandinas e ocitocina? Somente prostaglandias? Em que doses?), mas de uma forma geral sugerem que entre a indução e a realização de cesárea iterativa, a segunda deve ser o procedimento de escolha.

O risco aumentado de ruptura uterina é contra-balanceado por expressiva redução de morbidade materna, lesões uterinas e histerectomia quando o parto vaginal é bem sucedido, como foi demonstrado em alguns resultados [55,58]. Adicionalmente, esta revisão demonstrou maior morbimortalidade fetal, principalmente relacionada a problemas respiratórios (taquipnéia transitória e disfunções respiratórias inespecíficas), após cesáreas de repetição quando comparadas ao parto vaginal após cesárea [52,63,66].

Já em relação ao escore de Apgar, não parece haver diferença significativa entre os dois grupos [54,65]. Este resultado é compatível com outra revisão sistemática da mesma questão clínica e prognóstica realizada em 2008 [67]. É imprescindível, portanto, que durante o pré-natal todos os riscos e benefícios, de uma ou outra via de parto, sejam esclarecidos para a gestante. O ser humano assistido pelo profissional de saúde deve ser compreendido a partir do seu contexto bio-psico-social, merecendo também o direito de escolha principalmente quando não há evidência sólida o suficiente para refutar completamente ou recomendar convictamente um determinado procedimento.

Examinando especificamente as pesquisas conduzidas no Brasil, 3 dos 4 artigos incluídos foram estudos do tipo caso-controle [54,61,66] e um representou um estudo do tipo coorte [57]. As cidades onde os grupos amostrais foram selecionados (Recife- Pernambuco, Botucatu- São Paulo, Campinas- São Paulo e Caxias do Sul- Rio Grande do Sul) contemplam populações de três macro-regiões do país e, portanto, incluem pacientes com características demográficas distintas. De uma forma geral, as taxas de sucesso de PNAC, nos estudos nacionais, foram menores que a média total, o que parece corresponder à tendência das instituições brasileiras de optar pela via cirúrgica com mais rapidez e menos rigor se comparadas a instituições de outros países. Por outro lado, os resultados obtidos não diferem daqueles internacionais no que se referem à maiores taxas de morbidade associadas à cesárea eletiva de repetição, quando comparada ao parto vaginal após cesárea. Não há registro epidemiológico da taxa atual de PNAC no Brasil, mas se sabe que as taxas de cesarianas permanecem como razoável, bem acima da recomendada pela OMS, principalmente na rede privada onde alcança índices de 90% dos partos realizados [4]. Destarte, aparentemente os resultados destes 4 estudos nacionais, publicados entre 1998 e 2013, não representaram influência espectável na conduta obstétrica brasileira.

A análise da metodologia de um trabalho científico permite avaliar a credibilidade dos resultados encontrados [71]. Em relação aos artigos revisados, apesar da qualidade individual constatada a partir de critérios que avaliam estudos observacionais [50], seus resultados não permitem conclusões com grau forte de recomendação ou qualidade de evidência alta, de acordo com o sistema GRADE [72]. Estudos sobre a eficácia de uma determinada intervenção idealmente devem ser projetados de forma que a designação para os grupos seja feita de forma aleatória com o objetivo de garantir probabilidades iguais de que pessoas com diferentes características façam parte de qualquer um dos grupos de tratamento [73]. Entretanto, não foram identificados para esta revisão ensaios clínicos randomizados comparando a repetição da cesariana com o parto vaginal programado em mulheres com cesárea anterior. Apenas um dos estudos, também observacional, incluiu um grupo de mulheres que aceitaram ser randomizadas para a via de parto, mas de forma obviamente não sigilosa, aberta, com diferenças entre os grupos devido ao número amostral ínfimo ($n=22$), análise de desfechos subjetivos e secundários. Os resultados obtidos foram semelhantes aos resultados dos demais.

A medicina baseada em evidências se traduz pela prática que integra a experiência clínica do profissional com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a melhor informação científica disponível de forma a melhorar a qualidade da assistência prestada [73]. Como discutido no parágrafo anterior, estudos observacionais têm potencial significativo de erro sistemático (viés) e, portanto, seus resultados devem ser interpretados com precaução. Por outro lado, por questões éticas e pelo princípio da autonomia do paciente, é difícil alocar mulheres de forma randômica para grupos com modalidades diferentes de assistência ao parto. Na análise dos

desfechos do PNAC, tendo visto que vários estudos não-randomizados sugerem que tanto a repetição da cesariana como o parto vaginal programado nas gestantes com cesariana anterior apresentam efeitos benéficos, por ora, a uma gestante com cicatriz transversa baixa de cesariana prévia, deve ser oferecida a opção de parto vaginal. É uma violação dos princípios da medicina baseada em evidências indicar condutas não comprovadas; portanto, obstetras e demais profissionais aptos a assistir o parto de uma mulher com cesárea anterior não devem indicar a cesárea iterativa somente pelo histórico daquela paciente, na ausência de outras variáveis que justifiquem tal indicação.

VIII. CONCLUSÕES

1. Há riscos e benefícios associados ao parto vaginal após cesárea. Para mulheres com cicatriz transversa segmentar baixa, apresentação cefálica e gestação a termo, estes riscos são baixos e aceitáveis; portanto, a prova de trabalho de parto deve ser oferecida a este grupo de pacientes.
2. Há riscos e benefícios associados à cesárea eletiva de repetição. O aumento do número de cesáreas representa um aumento gradativo nos riscos associados e a decisão da cirurgia iterativa deve ser cautelosa e discutida com a paciente, esclarecendo os possíveis desfechos negativos, principalmente relacionados à morbimortalidade neonatal.
3. Principalmente no Brasil, devido à significativa proporção de mulheres submetidas à PTP que não evoluem satisfatoriamente para o desfecho por via vaginal, esta tentativa deve ser conduzida por profissionais aptos e com proximidade de aparatos cirúrgico, anestésico e pediátrico disponíveis.
4. Para múltiparas com cesárea e parto vaginal anteriores, o PNAC deve ser fortemente recomendado, pois neste grupo de pacientes a chance de desfecho positivo é significativamente maior.
5. Em relação às demais variáveis associadas a possíveis desfechos negativos no PNAC, tais como idade materna, indução farmacológica, intervalo interpartal e número de cesáreas anteriores, mais estudos são necessários para esclarecimentos. A idade materna inferior a 30 anos e o início e condução espontâneos do trabalho de parto parecem exercer efeito protetor.

IX. SUMMARY

MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES OF VAGINAL BIRTH IN WOMEN WITH PREVIOUS CESAREAN SECTION: SISTEMATIC

LITERATURE REVIEW. Background: For the past decades c-section rates have risen worldwide with repeat cesarean section accounting for approximately 50% of the increase in abdominal deliveries. Despite the lack of scientific evidence, to opt for vaginal birth after cesarean is still refuted by many health institutions. **Objectives:** to determine maternal and fetal outcomes of vaginal birth after cesarean section (VBAC).

Material and Methods: By means of a sistematic review of data available at Pubmed/MEDLINE, SCielo, Lilacs and Bireme/ The Cochrane Library without restrictions on time, language, ethnicity, age or social/economical status. **Results:** Two independent authors screened titles and abstracts, 75 articles were elected for full-text analyses and assessed for quality using the STROBE statement form. Included were 17 articles reporting data for 163.266 participants. It was noted that 71.38% of all women who underwent a trial of labor had a transpelvic delivery. Major factors associated with VBAC rates were a history of previous vaginal birth, maternal age < 30 years old and spontaneous initiation of labour. Maternal and perinatal outcomes were similar, but elective cesarean sections were associated with respiratory complications for newborns.

Conclusions: There are risks and benefits associated with the two routes of delivery. A trial of labor should be recommended for pregnant women with a history of vaginal delivery and offered to pregnant women with low transverse- segmental scar and fetus in cephalic presentation.

Key Words: 1. Vaginal birth 2. Cesarean section 3. Vaginal birth after cesarean (VBAC) 4. Maternal and fetal outcomes

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [homepage na internet]. Indicadores de cobertura: Proporção de partos cesáreos. [acesso em 29 de Setembro de 2014] Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/f08.def>
2. Betran AP, Meriardi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007;21(2):98–113 .
3. Gibbons L, Belizán JM, Lauer J, Betran AP, Meriardi M, et al. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. WHO Report (2010). Geneva, Switzerland: World Health Organization
4. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde.
5. Edozien L. Vaginal birth after Caesarean section: what information should women be given? *Clinical Risk* 2007; 13 (4): 127–130.
6. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina* [periódicos na internet]. 2010 Ago [acesso em 29 mar 2014]; 38(8). Disponível em: <http://febrasgo.luancomunicacao.net.br/artigos-revista-femina/>
7. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland HCJ, et al. National Institutes of Health consensus development statement on vaginal birth after cesarean: new insights. *Obstetrics & Gynecology* 2010 Jun; 115(6): 1279–1295.
8. Ugwumadu A. Does the Maxim “Once a Caesarean, Always a Caesarean” Still Hold True? *PLoS Med* 2005 Set; 2(9): 305.
9. Penn Z, Ghaem-Maghami S. Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001 Feb;15(1):1-15.
10. Yee W, Amin H, Wood S. Elective cesarean delivery, neonatal intensive care unit admission, and neonatal respiratory distress. *Obstet Gynecol.* 2008 Apr; 111(4):823-8.
11. Sayed MS. Delivery after a previous caesarean section at the Chris Hani Baragwanath Hospital [Tese]. Johannesburg: University of the Witwatersrand, Faculty of Health Sciences; 2007.
12. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth [homepage na internet]; No 155 (Replaces guideline number 147); [acesso em 5 set 2014];Disponível em: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/155E-CPG-February2005.pdf>

13. Lundgren I, Begley C, Gross MM, Bondas T. 'Groping through the fog': a metanalysis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012 Aug; 12:85.
14. Birara M, Gebrehiwot Y. Factors associated with success of vaginal birth after one caesarean section (VBAC) at three teaching hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013Feb. 13:31.
15. Mandarino NR, Chein MBC, Monteiro Jr FC, Brito LMO, Lamy ZC, Nina VJS, et al. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009 Jul; 25(7): 1587-1596.
16. Comerio D, Crescini C, Idi G, Artuso A, Morganti P, Repetti F. Delivery after previous cesarean section: Experience with 173 patients. *Minerva Ginecol* 1991 Nov; 43(11): 513-8.
17. Horey D, Kealy M, Davey MA, Small R, Crowther CA. Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jul; 30;7:CD010041.
18. The American Congress of Obstetrician and Gynecologists [homepage na internet]. Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery. Practice Bulletin n. 115; [acesso em 30 Mai 2013];2010 Aug; Washington, USA; Disponível em: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Obstetrics/Vaginal-Birth-After-Previous-Cesarean-Delivery>
19. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2): a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010 Jan; 117 (1): 5-19.
20. Menacker F, MacDorman MF, Declercq E. Neonatal mortality risk for repeat cesarean compared to vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States, 1998- 2002 Birth Cohorts. *Matern Child Health* 2010 Mac; 14(2): 147-54.
21. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrícia: Gestações normais e patológicas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
22. Bornia, RBRG. *Fisiologia e assistência à gestante*. In: Febrasgo: Tratado de Obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
23. Rezende J. *Obstetrícia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
24. Zugaib M. *Obstetrícia*. 2. ed. São Paulo: Manole; 2012.
25. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhães JA. *Rotinas em Obstetrícia*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

26. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 Jun; 13; 6:CD004945.
27. Organização Mundial de Saúde. [homepage na internet].Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil. [acesso em 25 ago 2014] Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm
28. Jolly M, Sebire N, Harris J, Robinson S, Regan L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. *Hum Reprod* 2000 Nov; 15(11): 2433–2437.
29. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol* 2005 Jul; 105(6): 1410–1418.
30. Lurie S. The changing motives of caesarean section: from the antient world to the twenty- first century. *Arch Gynecol Obstet* 2005 Apr; 271(4):281-5.
31. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006 Jun;367 (9525):1819-29.
32. Instituto de Perinatologia da Bahia (Salvador, BA). Assistência ao parto cesárea 2004, IPERBA. Protocolo OBS n. 013. 5-7 pp.
33. Boutsikou T, Malamitsi-Puchner A. Caesarean section: impact on mother and child. *Acta Paediatr* 2011 Dec;100(12):1518-22.
34. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. *Rev. Saúde Pública* 2004 Aug ; 38(4): 488-494.
35. Ventura W. Estudio comparativo entre cesárea tipo Misgav Ladach y cesárea tipo Kerr. *An Fac med* 2009 Sep ;70(3):199-204.
36. Cunningham G, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Obstetrícia de Williams*. 23. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.
37. Hull AD, Moore TR. Multiple Repeat Cesareans and the threat of Placenta Accreta: Incidence, Diagnosis, Management. In: Signore C, Landon MB, organizadores. *Clinics in Perinatology*. Philadelphia: Editora Saunders; 2011. p. 285.
38. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet. Gynecol* 2006 Jun; 107 6): 1226-32.
39. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Varner MW, Caritis SN, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med* 2009 Jan; 360(2): 111-20.

40. Uygur D, Gun O, Kelekci S, Ozturk A, Ugur M, Mungan T. Multiple repeat caesarean section: is it safe? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005 Apr; 119(2): 171-5.
41. MacDorman M, Declercq E, Menacker F. Recent Trends and Patterns in Cesarean and Vaginal Birth after Cesarean (VBAC) Deliveries in the United States. In: Signore C, Landon MB, organizadores. *Clinics in Perinatology*. Philadelphia: Editora Saunders; 2011. p.189.
42. Korst LM, Gergory KD, Fridman M, Phelan JP. Recent Trends and Patterns in Cesarean and Vaginal Birth after Cesarean (VBAC) Deliveries in the United States. In: Signore C, Landon MB, organizadores. *Clinics in Perinatology*. Philadelphia: Editora Saunders; 2011. p.193-216.
43. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database SystRev* 2010 Oct; 6(10): CD00094.
44. Grivell RM, Barreto MP, Dodd JM. The Influence of Intrapartum Factors on Risk of Uterine Rupture and Successful Vaginal Birth After Cesarean Delivery. In: Signore C, Landon MB, organizadores. *Clinics in Perinatology*. Philadelphia: Editora Saunders; 2011. p. 265-276.
45. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005 Nov;195(5): 1656-62.
46. Zelop, CM. Uterine Rupture During a Trial of Labor After Previous Cesarean Delivery. In: Signore C, Landon MB, organizadores. *Clinics in Perinatology*. Philadelphia: Editora Saunders; 2011. p. 277-284.
47. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2011 Feb; 97(2): 175-7.
48. Rozenberg P, Goffinet F, Philippe HJ, Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet* 1996 Feb; 347(8997):281-4.
49. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med* 2009 Jul; 6(7): e1000100.
50. Malta, M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev. Saúde Pública* [periódicos na Internet]. 2010 Jun [acessado em 23 Jan 2013]; 44(3): 559-565. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>
51. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1995 May;174:192-8.

52. Hook B, Kiwi R, Amini SB, Fanaroff A, Hack M. Neonatal Morbidity After Elective Repeat Cesarean Section and Trial of Labor. *Pediatrics* 1997 Sep; 100(3): 348-53.
53. Harrington LC, Miller DA, McClain CJ, Paul RH. Vaginal birth after cesarean in a hospital-based birth center staffed by certified nurse-midwives. *J Nurse Midwifery* 1997 Jul-Aug; 42(4): 304-7.
54. Santos LC, Amorim MMR, Porto AMF, Azevedo EB, Mesquita CC. Fatores Prognósticos para o Parto Transvaginal em Pacientes com Cesárea Anterior. *Revista bras. Ginecol. Obstet.* 1998 Jul; 20(6): 342-349.
55. Bais JMJ, Borden DMR, Pel M, Bonsel GJ, Eskes M, Hans JW, et al. Vaginal birth after caesarean section in a population with a low overall caesarean section rate. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 Jun; 96 (2): 158-162.
56. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001 Jul; 345(1): 3-8.
57. Calderon IMP, Frade JL, Abbade JF, Diniz CP, Dalben I, Rudge MVC. Prova de Trabalho de Parto Após uma Cesárea Anterior. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2002 Oct; 24(3): 161-166.
58. Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, et al. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004 Oct; 191(4):1263-9.
59. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005 Nov; 193(5):1656-62.
60. Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG* 2010 Mar; 117(4):422-7.
61. Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG. A prova de trabalho de parto e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2007 Apr; 53(2): 109-115.
62. Adanu RM; McCarthy MY. Vaginal birth after cesarean delivery in the West African setting. *Int J Gynaecol Obstet* 2007 Sep; 98(3): 227-31.
63. Leal-Mateos M, Giancomin-Carmioli L, Moya-Sibaja RA. Resultados obstétricos y neonatales de pacientes secundigestas con antecedente de cesárea, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 2006-2007. *Acta méd. Costarric* 2010 Mar; 52(1): 30-34.
64. Iglesias GR, Cid IL, Fernández AS, Barzaga AMA. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. *Rev Cub Med Mil* 2011 Dic; 40(3-4): 218-226.

65. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS. Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Caesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial. *PLoS Med* 2012 Mar; 9(3): e1001192.
66. 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 Nov; 35(11): 516-522.
67. Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Apr;199(3):224-31.
68. Boulvain M, Fraser WD, Brisson-Carroll G, Faron G, Wollast E. Trail of labour after caesarean in sub-Saharan Africa: a meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol* 1997 Dec; 104(12): 1385-90.
69. Baruffi G, Strobino DM, Paine LL. Investigation of institutional differences in primary cesarean birth rates. *J Nurse Midwifery* 1990 Sep; 35(5): 274-81.
70. Butler J, Abrams B, Parker J, Roberts JM, Laros Jr RK. Supportive nurse-midwife care is associated with a reduce incidence of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1993 May; 168(5): 1407-13.
71. Lopes AA. Medicina Baseada em Evidências: Potenciais Contribuições para a Educação Médica Continuada. *Gaz Méd Bahia* 2007; 78(Suplemento 1):25-30.
72. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schunemann HJ. What is "quality of evidence"and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008 May; 336(7651): 995-8.
73. Lopes AA. A arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. *Rev Assoc Med Bras* 2000 Sep; 46(3): 285-288.

ANEXO I. Artigos lidos integralmente que foram excluídos da Revisão Sistemática dispostos em ordem alfabética.

1. Arraztoa VJA, Jensen AL, Clavero PM, Castillo H. Conduccion del parto en pacientes con cicatriz de cesárea anterior: estudio piloto. *Rev Chil Obstet Ginecolo* 2012 Dec; 59(2): 95-101.
2. Barger MK, Dunn JT, Bearman S, DeLain M, Gates E. A survey of access to trial of labor in California hospitals in 2012. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013 Apr; 3(13):83.
3. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002 Apr, 324(7343):942-5.
4. Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, Berman S, Blackwell SC, Duperron L, et al. Trial of labor in patients with a previous cesarean section: Does maternal age influence the outcome? *Am J Obstet Gynecol* 2004 Apr; 190(4): 1113-8.
5. Cahill AG, Stamilio DM, Odibo AO, Peipert JF, Ratcliffe SJ, Stevens EJ, et al. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Oct;195(4):1143–1147.
6. Cecatti JG, Pires HMB, Faúndes A, Osis MJD. Factors associated with vaginal birth after previous cesarean section in Brazilian women. *Rev Panam Salud Publica* 2005 Aug; 18(2): 107-13.
7. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 Oct;181(4): 872-6.
8. Chauhan SP, Martin JN, Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 Aug;189(2):408–417.
9. Coassolo KM, Stamilio DM, Paré E, Peipert JF, Stevens E, Nelson DB, et al.. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts beyond 40 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2005 Oct; 106(4): 700-6.
10. Dekker GA, Chan A, Luke CG, Priest K, Riley M, Halliday J, et al. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior caesarean section: a retrospective population based cohort study. *BJOG* 2010 Oct; 117(11): 1358-65.
11. DeFranco EA, Rampersad R, Atkins KL, Odibo AO, Stevens EJ, Peipert JF, et al. Do vaginal birth after cesarean outcomes differ based on hospital setting? *Am J Obstet Gynecol* 2007 Oct; 197(4): 400.e1-6.

12. DiMaio H, Edwards RK, Euliano TY, Treloar RW, Cruz AC. Vaginal birth after cesarean delivery: an historic cohort cost analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2002 May; 186(5): 890-2.
13. Eden KB, McDonagh M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R, et al. New insights on vaginal birth after cesarean: can it be predicted? *Obstet Gynecol*. 2010 Oct; 116(4): 967-81.
14. Edozien L. Vaginal birth after Caesarean section: what information should women be given? *Clinical Risk* 2007; 13:127–130.
15. El-Sayed YY, Watkins MM, Fix M, Druzin ML, Pullen KM, Caughey AB. Perinatal outcomes after successful and failed trials of labor after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Jun; 196(6): 583.e1-5.
16. Fang YM, Zelop CM. Vaginal birth after cesarean: assessing maternal and perinatal risks- contemporary management. *Clin Obstet Gynecol* 2006 Mar; 49(1): 147-53.
17. Fitzpatrick KE, Kurinczuk JJ, Alfirevic Z, Spark P, Brocklehurst P, Knight M. Uterine rupture by intended mode of delivery in the UK: a national case- control study. *PLoS Med* 2012 Mar; 9(3): e1001184.
18. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994 Jun; 83(6): 927-32.
19. Frade JL. Estudo Retrospectivo da Prova de Trabalho de Parto na Viabilização do Parto Vaginal em Gestantes com uma Cesárea Anterior. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2000 Dec; 22(10): 657-657.
20. Goldman G, Pineault R, Potvin L, Blais R, Bilodeau H. Factors influencing the practice of vaginal birth after cesarean section. *Am J Public Health* 1993 Aug; 83(8): 1104-8.
21. Gonen R, Barak S, Nissenblat V, Ohel G. The outcome and cumulative morbidity associated with the second and third postcesarean delivery. *Am J Perinatol* 2007 Sep; 24(8): 483-6.
22. Guntiñas A, Armijo O; Labarta E, Usandizaga R, Magdaleno F, Cabrillo E. Rotura uterina y cesárea anterior: Revisión y casuística durante el período de 1999 a 2002 en el Hospital Universitario La Paz. *Prog. obstet. Ginecol* 2004 Feb; 47(2): 69-76.
23. Gregory KD, Korst LM, Fridman M, Shihady I, Broussard P, Fink A, Burnes BL. Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Apr; 198(4): 452.e1-10.
24. Harper LM, Cahill AG, Roehl KA, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. The Pattern of Labor Preceding Uterine Rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2012 Sep. 207(3): 210.e1-6.

25. Hashima JN, Guise J-M. Vaginal birth after cesarean: a prenatal scoring tool. *Am J Obstet Gynecol* 2007 May; 196(5):22-3.
26. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T. Failed vaginal birth after a cesarean section: How risky is it? *Am J Obstet Gynecol* 2001 Jun; 184(7): 1365-71.
27. Hollard AL, Wing DA, Chung JH, Rumney PJ, Saul L, Nageotte MP, Lagrew D. Ethnic disparity in the success of vaginal birth after cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006 Aug; 19(8): 483-7.
28. Holt VL, Mueller BA. Attempt and success rates for vaginal birth after caesarean section in relation to complications of the previous pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1997 Jan; 11(1): 63-72.
29. Horey D, Kealy M, Davey MA, Small R, Crowther CA. Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jul; 7 CD010041.
30. Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA Jr, Chan K. Interdelivery Interval and the Success of Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2002 Jan; 99(1): 41-4.
31. Jofré MF, Ebensperger EO. Cesárea electiva versus parto vaginal. *Medwave* 2012 Apr; 12(3):e5335.
32. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004 Dec; 351(25):2581–2589.
33. Laveriano WRV, Redondo CEN. Obstetric outcomes in the second birth of women with a previous caesarean delivery: a retrospective cohort study from Peru. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2013 Apr; 35(4): 148-152.
34. Loebel G, Zelop CM, Egan JF, Wax J. Maternal and neonatal morbidity after elective repeat cesarean delivery versus a trial of labor after previous cesarean delivery in a community teaching hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2004 Apr;15:243–246.
35. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: Is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005 Apr; 192(4): 1223-8.
36. Macones GA, Hausman N, Edelstein R, Stamilio DM, Marder SJ. Predicting outcomes of trials of labor in women attempting vaginal birth after cesarean delivery: a comparison of multivariate methods with neural networks. *Am J Obstet Gynecol* 2001 Feb; 184(3): 409-13.
37. Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG, Passini JR. A prova de trabalho de parto aumenta a morbidade materna e neonatal em primíparas com uma cesárea anterior? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2003 May; 25(4): 255-260.

38. Menacker F, MacDorman MF, Declercq E. Neonatal mortality risk for repeat cesarean compared to vaginal birth after cesarean (VBAC) deliveries in the United States, 1998-2002 birth cohorts. *Matern Child Health J* 2010 Mar; 14(2): 147-54.
39. Metz TD, Stoddard GJ, Henry E, Jackson M, Holmgren C, Esplin S. Simple, validated vaginal birth after cesarean delivery prediction model for use at the time of admission. *Am J Obstet Gynecol* 2013 Jun; 208(6): 458.e1-6.
40. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989– 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000 Nov; 183(5): 1187–1197.
41. Mwenda AS. 4th Stage Transvaginal omental herniation during VBAC complicated by shoulder dystocia: a unique presentation of uterine rupture. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013 Mar; 13: 76.
42. Oboro V, Adewunm A, Ande A, Olagbuji B, Ezeanochie M, Oyeniran A. Morbidity associated with failed vaginal birth after cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010 Sep; 89(9): 1229-32.
43. Ogbonmwan SE, Miller V, Ogbonmwan DE, Akinsola AA. Review of vaginal birth after primary caesarean section without protaglandin induction and or syntocinon augmentation in labour. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010 Apr; 23(4):281-5.
44. Ortiz LC, de Marcos LN. Parto vaginal poscesárea: Primeros casos en Cuba. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1998 Dec; 24(3): 117-121.
45. Patel RM, Jain L. Delivery after previous cesarean: short-term perinatal outcomes. *Semin Perinatol*. 2010 Aug; 34(4):272-80.
46. Ricci A, Paolo, Perucca P, Ernesto, Altamirano A, Roberto. Nascimento por parto vaginal despues de una cesarea. Prueba de trabajo de parto versus cesarea electiva a repeticion: rotura uterine, una complicacion possible. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2003; 68(6): 523-528.
47. Ridley RT, Davis PA, Bright JH, Sinclair D: What Influences a Woman to Choose Vaginal Birth After Cesarean? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002 Dec; 31(6):665–672.
48. Rossi AC, DAddario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Sep; 199(3): 224-31.
49. Rozen G, Ugoni AM, Sheehan PM. A new perspective on VBAC: A retrospective cohort study. *Woman Birth* 2011 Mar; 24(1): 3-9.
50. Schoorel EN, van Kujik SM, Melman S, Nijhuls JG, Smits LJ, Aardenburg R, et al. Vaginal birth after a cesarean section: the development of a Western

European population-based prediction model for deliveries at term. *BJOG* 2014 Jan; 121(2): 194-201.

51. Silver RK, Gibbs RS. Predictor of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section who require oxytocin. *Am J Obstet Gynecol* 1987 Jan; 156: 57-60.
52. Smith GC, Pell JP, Pasupathy D, Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after cesarean section: retrospective cohort study. *BMJ* 2004 Aug; 329(7462): 375.
53. Spaans WA, Sluijs MB, Roosmalen J, Bleker OP. Risk factors at cesarean section and failure of subsequent trial of labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Jan; 100(2): 163-6.
54. Srinivas SK, Stamilio DM, Sammel MD, Stevens EJ, Peipert JF, Odibo AO, Macones GA. Vaginal birth after cesarean delivery: does maternal age affect safety and success? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007 Mar; 21(2): 114-20.
55. Stone C, Halliday J, Lumley J, Brennecke S. Vaginal birth after Caesarean (VBAC): a population study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000 Oct; 14(4): 340-8.
56. Upadhyaya CD, Upadhyaya DM, Carlan SJ. Vaginal birth after cesarean delivery in a small rural community with a solo practice. *Am J Perinatol*. 2003 Feb;20(2):63-67.
57. Weimar CHE, Lim AC, Bots ML, Bruinse HW, Kwee A. Risk factors for uterine rupture during a vaginal birth after one previous cesarean section: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010 Jul; 51(1): 41-5.
58. Whiteside DC, Mahan CS, Cook JC. Factors associated with successful vaginal delivery after cesarean section. *J Reprod Med* 1983 Nov; 28(11):785-8.