

RESULTADOS MATERNOS E PERINATAIS EM MULHERES COM CESÁREA PRÉVIA: UM ESTUDO DESCRITIVO TIPO CORTE TRANSVERSAL.

Giovanna de Barros Correia Senra¹, Lorena Coelho Carvalho Lustosa², Isabela Coutinho³, Leila Katz⁴.

1. Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) – Bolsista PIC.
2. Aluna da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).
3. Orientadora - Membro do colegiado da Pós Graduação Stricto Sensu do IMIP. Diretora executiva do Hospital da Mulher do Recife.
4. Co-Orientadora - Coordenadora da UTI-Obstétrica do IMIP. Docente da pós-graduação Stricto Sensu do IMIP.

Conflito de interesse: não há

RESUMO

OBJETIVO: avaliar resultados maternos e perinatais em mulheres com uma ou mais cesáreas. **MÉTODOS:** estudo observacional analítico avaliando 200 gestantes no Hospital da Mulher do Recife. Excluídas as impossibilitadas de consentir, indígenas, presidiárias e com HIV/AIDS. Estudo realizado entre janeiro e maio de 2018. A análise dos dados foi conduzida no programa Epi-Info 3.5.4. Foram construídas tabelas de distribuição de frequência, com os respectivos intervalos de confiança, para as variáveis categóricas, calculando-se ainda médias e seus respectivos desvios-padrão para as variáveis quantitativas. **RESULTADOS:** Cesárea eletiva ocorreu em 43,5%, cesárea intraparto em 23,5% e parto vaginal em 33%. Não houve diferenças para a maioria dos desfechos maternos e neonatais analisados. Tempo de internamento materno na cesárea eletiva apresentou média de 80,5 horas, parto normal 55,6 horas e cesárea intraparto 86,8 horas ($p < 0,0001$). O tempo de internamento do recém-nascido foi de 78,4 horas, 72,7 horas e 91,9 horas nos grupos de cesárea eletiva, parto vaginal e cesárea intraparto, respectivamente ($p < 0,02$). Comparando o contato pele a pele no grupo do parto normal com cesárea intraparto foi maior a adesão no parto normal (89,4%) versus 63,8% ($p < 0,001$). O grupo da cesárea eletiva teve menor adesão comparada ao parto normal (74,7 versus 89,4; $p = 0,02$). **CONCLUSÕES:** Grupo da cesárea intraparto apresentou maior tempo de internamento hospitalar materno e neonatal e menor contato pele a pele.

Palavras-chave: Parto Vaginal Após Cesárea (PVAC); saúde da mulher; cesariana;

MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH PREVIOUS CESAREAN: A CROSS SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate maternal and perinatal outcomes in women with one or more cesarean sections.

METHODS: An observational, analytical study evaluating 200 pregnant women at the Recife Women's Hospital was conducted between January and May 2018, excluding those unable to consent, indigenous, incarcerated and with HIV / AIDS. Data analysis was carried out in the Epi-Info program 3.5.4, calculating measures of central tendency and dispersion and constructing frequency distribution tables.

RESULTS: Elective Cesarean section occurred in 43.5%, Intrapartum Cesarean section in 23.5% and Vaginal birth in 33%. There were no differences for most of the maternal and neonatal outcomes analyzed. Time of maternal hospitalization in elective cesarean presented mean of 80,5 hours, normal delivery 55,6 hours and intrapartum cesarean 86,8 hours ($p < 0,0001$). The newborn's hospitalization time was 78.4 hours, 72.7 hours and 91.9 hours in the elective cesarean, vaginal delivery and intrapartum cesarean sections, respectively ($p < 0.02$). Comparing the skin-to-skin contact in the normal delivery group with intrapartum cesarean delivery the greater adherence was in normal delivery (89.4%) versus 63.8% ($p < 0.001$). The elective cesarean group had lower adhesion compared to normal delivery (74.7 versus 89.4, $p = 0.02$).

CONCLUSION: Intrapartum cesarean section was associated with longer maternal and neonatal hospital stay and less skin - to - skin contact.

Keywords: Vaginal birth after Cesarean section (PVAC); women's health; Caesarean

INTRODUÇÃO

O Brasil detém uma das maiores taxas de cesáreas do mundo. Em 2016, registrou-se uma taxa de 55%. (1) A realização da primeira cesárea é, normalmente, determinante da indicação de sua repetição. Isso ocorre principalmente, pela falta de informação da população e receio de alguns profissionais da saúde de realizar parto normal em mulheres com cesárea prévia. (2)

Cesáreas repetidas aumentam riscos materno-infantis, independente da via de parto. Cerca de 9% das pacientes com múltiplas cesáreas têm complicações importantes. (3) De acordo com dados do SUS, a taxa de letalidade por cesárea é três vezes maior que a do parto normal ou do aborto. (2) O rápido aumento das cesáreas decorre de dois motivos: o aumento nas taxas de primeira cesárea e o declínio nas taxas de parto vaginal após cesárea (PVAC). (4)

Estudos científicos vêm confirmando a segurança na realização do parto vaginal após cesárea (PVAC). (5)

As principais vantagens do parto normal são redução da dor no pós-parto, na morbidade febril, no tempo de hospitalização e risco de cesárea de repetição. (2)

Quando há uma cesárea após tentativa de parto vaginal, os riscos tornam-se maiores: aumentam a morbidade febril, a chance de ruptura da cicatriz uterina e a hemorragia materna. Asfixia e morte perinatal tornam-se riscos consideráveis. Nessas situações, há maior risco de ruptura e deiscência 2,8 vezes maior em relação às cesáreas eletivas de repetição. (6)

A opção pela via de parto após uma cesárea permanece um assunto controverso na obstetrícia. Diante da falta de evidências científicas sobre os diversos tipos de partos realizados após cesárea, esse estudo avaliou resultados maternos e neonatais em mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores que foram submetidas a cesáreas eletivas, ou terminaram numa cesárea após tentativa de parto normal ou tiveram parto vaginal.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, do tipo corte, com componente analítico, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP (CAAE: 78557217.5.0000.5201), e conduzido no Hospital da Mulher do Recife (HMR), que é um hospital especializado na saúde da mulher e atualmente apresenta uma média de 500 partos mensais, com taxa em cerca de 25% de cesárea.

A amostra foi de conveniência, à medida que foram identificadas as mulheres que preenchiam os critérios de inclusão no período de estudo. A intenção seria fazer uma análise de interim para o cálculo do tamanho amostral, mas ficou impossibilitada pela necessidade de apresentação dos resultados. Solicitamos ao CEP dispensa da assinatura do TCLE, em virtude de se tratar de estudo realizado com os prontuários (em mulheres que não mais estavam internadas), além do estudo não trazer nenhum risco para a mulher e/ou o seu recém-nascido.

Foram avaliadas as gestantes internadas no Hospital da Mulher do Recife no período de janeiro a maio de 2018. Os critérios de inclusão foram: gestantes de risco habitual com uma ou mais cesáreas prévias, sendo a gestação única, tópica, a termo em apresentação cefálica e com feto vivo. Como critérios de exclusão, considerou-se: pacientes sem condições de consentir (coma, estado alterado de consciência, retardo mental), indígenas, presidiárias e portadoras de HIV/AIDS.

A coleta de dados foi realizada em um formulário de pesquisa elaborado para o estudo. As pesquisadoras (alunas do PIC) compareciam ao hospital três vezes por semana para a identificação das mulheres e preenchimento do formulário, a partir das informações contidas nos prontuários eletrônicos das mulheres que se encaixavam nos critérios da pesquisa.

Para análise dos dados foi utilizado o programa Epi-Info 3.5.4, com dupla entrada de dados para validação. Realizou-se a análise descritiva univariada das variáveis (distribuição das frequências, bem como medidas de tendência central e dispersão). Para determinar a associação entre as variáveis independentes (tipo de parto realizado) e as dependentes utilizou-se o teste qui-quadrado de

associação, considerando-se o nível de significância de 5%. Utilizou-se a razão de prevalência (RP) e o intervalo de confiança de 95% (IC95%).

RESULTADOS

No período de coleta 1.258 gestantes foram atendidas no serviço. Foram excluídas 1058 por não apresentarem cesárea prévia e/ou os demais critérios de inclusão. Não houve mulheres indígenas, presidiárias ou portadoras de HIV/AIDS. Portanto, 200 mulheres foram incluídas na pesquisa por terem ao menos uma cesárea prévia, gestação a termo, com feto vivo e cefálico. (Figura 1)

A amostra foi categorizada em três grupos: cesárea eletiva (43,5%), parto vaginal (33%) e aquelas que tentaram parir por via vaginal, porém não obtiveram sucesso e seguiram para a cesariana (23,5%). Vale salientar que no grupo que tentou ter o parto vaginal (113 mulheres) mais da metade conseguiu (58,4%).

A idade média das gestantes foi de aproximadamente 28 anos, além disso, todos os grupos tinham uma mediana de 3 (três) gestações anteriores. Quanto à escolaridade, a maioria das mulheres possuía mais que 8 (oito) anos de estudo (74,5%). Em relação a estas características não houve diferença significativa entre os grupos, sendo eles homogêneos. (Tabelas 1 e 2).

Em relação ao tempo de internamento da mulher, foi constatado que o grupo do parto vaginal apresentou o menor tempo, com uma média de 55,6 horas. O grupo da cesárea eletiva apresentou um tempo médio de 80,5 horas. Já no grupo da cesárea intraparto a média de 86,8 horas ($p < 0,0001$).

Quando se analisou hipotonia uterina, hemorragia pós-parto e endometrite não houve diferenças significativas entre os grupos. A hipotonia uterina e a hemorragia pós-parto ocorreram em 2,3% e 1,1% das cesáreas eletivas e em 4,5% e 6,1% dos partos vaginais, respectivamente. No grupo da cesárea intraparto não houve nenhum caso de ambos os desfechos. A endometrite esteve presente em 1,5% dos partos vaginais e 4,3% das cesarianas intraparto, também não havendo nenhum caso nas cesáreas eletivas. (Tabelas 3 e 4)

Na avaliação dos resultados neonatais, observa-se o mesmo padrão encontrado nas mulheres no que se refere ao tempo de internamento dos recém-nascidos. Os que nasceram através do parto vaginal apresentaram um tempo de internamento menor (72,7

horas) do que o grupo da cesárea eletiva (78,4 horas) e do que o grupo da cesárea intraparto (91,9 horas), sendo esse resultado significativo, $p < 0,02$. (Tabelas 3 e 4)

A ocorrência do contato pele a pele logo ao nascimento ocorreu com maior frequência no grupo do parto normal (89,4%). Percebendo-se um declínio no grupo da cesárea eletiva (74,3%), sendo essa redução mais pronunciada nas cesáreas intraparto (63,8%), sendo essa diferença significativa. (Tabelas 3 e 4).

Não houve diferença significativa nos outros desfechos neonatais analisados, como no índice de Apgar < 7 no 5º minuto e taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN). Apesar de não ter apresentado diferença entre os grupos, a icterícia neonatal ocorreu em sua maioria nos casos de cesárea intraparto (25,5%), enquanto nos grupos de cesárea eletiva e de parto vaginal as taxas foram de 17,2% e 16,7% respectivamente. Por outro lado, o internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) foi observado em 1,1% dos casos de cesáreas eletivas, 6,1% nos partos vaginais e 8,5% na cesárea intraparto.

DISCUSSÃO

Observou-se, nesse estudo, diferença significativa quando se avaliou o tempo de permanência hospitalar da mulher e do recém-nascido e o contato pele a pele logo ao nascimento, com os piores resultados ocorrendo sempre no grupo das mulheres que tiveram cesáreas intraparto.

As mulheres incluídas nesse estudo formaram um grupo homogêneo em relação à idade, ao número de gestações e ao grau de escolaridade. Dessa forma, elas representam um grupo que podem ser comparáveis entre si.

Torna-se importante, nesse momento, reconhecer a cesárea, quando indicada corretamente e realizada em tempo oportuno, como um procedimento que salva milhares de vidas de mulheres e/ou seus filhos, todos os dias.(7) No entanto, as mulheres submetidas à cesárea apresentam maior morbidade e mortalidade do que aquelas que têm um parto normal. As complicações mais comumente associadas às cesáreas são hemorragia pós-parto, necessidade de hemotransfusão, trombose de membros inferiores/tromboembolismos, complicações associadas à anestesia e de ferida operatória, infecções e complicações obstétricas em gestações subsequentes.

Vem-se percebendo que a frequência de nascimentos por cesárea está aumentando em todo o mundo. Em nenhum momento da história essas taxas foram tão altas quanto são hoje. (8) O Brasil, atualmente, é um dos países com maiores taxas de cesárea no mundo (9). Dentre as motivações para isso encontram-se diversos fatores: clínicos e obstétricos, sócio-econômicos, culturais, medo da dor, desinformações, crenças populares. O serviço onde foi realizado o presente estudo atende mulheres de risco habitual, dessa forma, as taxas de cesárea não são altas (considerando a realidade brasileira) sendo em torno de 25%. Portanto, as cesáreas realizadas são, na maioria das situações, indicadas por alguma intercorrência no trabalho de parto.

Sabe-se, também, dentro da prática obstétrica, que um dos maiores contribuintes para o aumento das taxas de cesárea é a repetição da cesárea após um anterior, por isso a vigilância e o cuidado têm que ser redobrados ao se optar por essa via de parto, devendo-se evitar, sempre que possível a primeira cesárea. Uma outra frente para tentativa de reduzir as abusivas taxas de cesárea, é a tentativa de parto normal após uma cesárea anterior. Dessa forma, as mulheres grávidas que já tiveram uma cesariana

devem ser aconselhadas antes do parto para que, junto à sua família façam a sua opção de forma planejada (10). O hospital onde foi realizado o estudo tem como filosofia a humanização na assistência ao parto, estimulando o parto normal, inclusive para aquelas mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores. Dessa forma, encontramos um terreno propício para a realização desse estudo que se propunha a comparar os resultados maternos e neonatais de acordo com a via de parto e a ocorrência ou não de trabalho de parto prévio à indicação.

Das 113 mulheres incluídas no presente estudo que tentaram um parto normal, cerca de 57% conseguiu parir. De acordo com os estudos publicados, essa taxa de sucesso difere entre os países, e no mesmo país, pode diferir amplamente entre os hospitais. Na Holanda, em 2010, essas taxas de sucesso foram bastante variáveis entre os hospitais. Essa variação foi de cerca de 50% a 90% para todas as mulheres que iniciaram um trabalho de parto, sem, no entanto, apresentar diferentes fatores de risco. (11). Outra comparação semelhante foi realizada nos Estados Unidos. Os autores sugeriram que outras circunstâncias, além dos fatores obstétricos, influenciam o resultado do parto. (12) Uma pesquisa qualitativa anterior a esta demonstra que esse resultado depende da política de cuidados com a gestação de um país e da forma de assistência oferecida durante a gravidez e nascimento.(13)

Evidenciamos no presente estudo que o tempo de internamento materno foi maior no grupo de mulheres que terminaram numa cesárea intraparto (86,8 horas) do que no grupo da cesárea eletiva (80,5 horas) e do parto normal (55,6 horas). Podemos atribuir essa diferença a todo o processo de trabalho de parto que a mulher teve que passar até o momento da indicação da cesárea. De certo, já que a cesárea foi indicada durante o trabalho de parto, essa mulher passou mais tempo internada em trabalho de parto, até que se tomasse a decisão por uma cirurgia. Após a realização da cesárea existe um protocolo estabelecido em relação ao momento da alta que seriam 48 horas após. Poderíamos também levantar a possibilidade de que esse maior tempo de hospitalização pudesse ser decorrente de alguma complicação ocorrida no intraparto ou mesmo no pós-parto, como uma atonia uterina ou hemorragia, por exemplo. Mas, nos nossos resultados não percebemos diferenças estatísticas desses desfechos entre os três grupos estudados. Talvez, se tivéssemos aumentado o tamanho da amostra poderíamos ter evidenciado alguma diferença significativa dessas complicações.

Nossos resultados corroboram com um grande estudo realizado no Canadá num período de dois anos, incluindo dados de 197.540 mulheres que já tinham sido submetidas a uma cesárea anterior. Nesse estudo canadense foram evidenciados piores resultados maternos no grupo onde o parto vaginal após cesárea não ocorreu e as mulheres tinham que ser submetidas à cesárea intraparto.(14) As variáveis analisadas foram a chance de ruptura uterina, hemorragia pós-parto e hemotransfusão, hemorragia pós-parto e histerectomia, morbidade e mortalidade materna que sempre se mostravam com um risco aumentado nos grupo da cesárea intraparto em relação aos grupos de parto vaginal ou cesárea eletiva. É importante ressaltar que a variável tempo de internamento hospitalar não foi avaliada no referido estudo, mas que diante de todas as complicações associadas ao grupo que não conseguiu o parto vaginal, está implícito que a mulher desse grupo teve um número maior de dias de internamento. Os autores reconhecem que uma cesárea eletiva de repetição é associada com um risco aumentado de complicações cirúrgicas, bem como aumento do risco de placentação anormal em gestações subsequentes. Mas que por outro lado, a tentativa de parto vaginal após cesárea está associada a maiores riscos de ruptura uterina e outras complicações maternas e infantis. Desse modo, devemos incentivar às mulheres a tentar um parto vaginal após cesárea anterior, mas que devemos garantir a segurança da mulher e do bebê. A seleção das candidatas deve ser criteriosa e o acompanhamento durante todo o trabalho de parto e parto deve ser realizado de forma muito cuidadosa.

A outra variável de análise que mostrou diferença significativa entre os grupos estudados no nosso estudo foi o maior tempo de permanência hospitalar dos recém-nascidos no grupo da cesárea intraparto (91,9 horas) quando comparado ao grupo que conseguiu um parto normal (63,8%) e ao grupo da cesárea eletiva (74,3%). Aqui também é importante citar o estudo realizado por Carmem e colaboradores, com dados obtidos de partos realizados no Canadá entre mulheres com uma cesárea anterior. Novamente, os piores resultados neonatais são evidenciados no grupo da cesárea intraparto for falha no processo do parto normal. Maiores chances de necessidade de assistência ventilatória, convulsões, Síndrome do Desconforto Respiratório, morbidade e, principalmente, morte neonatal (os recém-nascidos apresentaram 3,22 mais chance de morrer) no grupo da cesárea intraparto, quando comparados aos recém-nascidos do grupo de parto normal ou cesárea eletiva. A variável específica, tempo de internamento hospitalar, não foi avaliada isoladamente no grande estudo canadense, mas é muito claro

que recém-nascidos que apresentam maiores chances de complicações, permanecem internados por mais tempo. Importante também chamar a atenção, que os resultados mais satisfatórios foram observados no grupo que conseguiu um parto normal, destacando que é essencial que façamos um trabalho sensível e responsável no sentido de acreditar (tanto a equipe de saúde quanto a mulher e seus familiares) que o parto transpelveano é possível para uma mulher com cicatrizes uterinas prévias e que traz vantagens tanto para a mulher quanto para o seu bebê, e por consequente, para toda a família.

Analisando os resultados neonatais entre os diversos grupos do nosso estudo, evidenciamos que no grupo do parto normal o contato pele a pele foi estabelecido numa frequência maior (89,4%) versus 74,3% no grupo da cesárea eletiva e 63,8% no grupo da cesárea intraparto. Isso provavelmente, se justifica porque nos partos normais, e de forma mais particular, nos partos humanizados, que são os partos assistidos no hospital onde o presente estudo foi desenvolvido, o envolvimento dos profissionais de saúde (enfermeiros obstetras e médicos obstetras), da mulher e seus familiares é muito mais intenso. Esse envolvimento de todos os elementos num cenário de parto facilita a adoção dessa prática tão importante e recomendada pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde. Como benefícios advindos dessa prática, podemos destacar uma maior interação mãe/bebê, redução do estresse materno, além de facilitar a amamentação, acalmar o bebê, reduzir riscos de infecções, aliviar a dor e, mais especificamente, mas que não foi o caso dos recém-nascidos do presente estudo, garante um bom desenvolvimento dos prematuros. E, mais uma vez, os resultados mais desfavoráveis foram observados no grupo da cesárea intraparto, certamente por todo o estresse gerado na mulher, acompanhantes e equipe de saúde. Isso chama a nossa atenção, mais uma vez, para a necessidade de que todos os envolvidos com o parto (cuidadores de saúde, mulheres e familiares) devem ser preparados para um parto normal e conscientizados das vantagens advindas desse modo de parir.

Não houve nenhuma diferença entre os grupos em relação às demais variáveis maternas estudadas (hipotonia uterina, hemorragia pós-parto e endometrite) ou neonatais (índice de Apgar < 7 no 5º minuto, taquipneia transitória do recém-nascido). Quanto à icterícia neonatal, apesar de não ter havido diferença significativa, observamos uma maior frequência no grupo da cesárea eletiva. Da mesma forma, houve mais internamentos na UCI neonatal entre os recém-nascidos do grupo da cesárea intraparto,

apesar de não ter sido mostrada diferença estatística. Isso pode ter ocorrido por termos envolvido menor número de casos para que pudéssemos obter resultados mais robustos,

A maior crítica que fazemos ao nosso estudo é que o tamanho na nossa amostra não suficiente para a análise de todas as variáveis. Isso ocorreu pela dificuldade na obtenção da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, e restou-nos tempo insuficiente para continuar coletando a nossa amostra. No entanto, o estudo continua até que possamos atingir um número amostral suficiente para que possamos avaliar todas as variáveis propostas nos objetivos iniciais.

CONCLUSÕES

O tempo de permanência hospitalar entre as mulheres do grupo do parto normal após a cesárea foi menor do que o observado nos demais grupos. Em relação aos resultados neonatais, observamos menor tempo de internamento e maior frequência de contato pele a pele. O parto normal após cesárea é possível e deve ser estimulado. A seleção das mulheres deve ser feita de forma cuidadosa e a assistência ao trabalho de parto e parto deve ser realizada de forma criteriosa.

REFERÊNCIAS

1. Portal Saúde. Número de cesarianas cai pela primeira vez desde 2010. [acesso em 2 de Julho, 2018] Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-desde-2010>
2. Oliveira TA, Aquino MMA, Neto CM. Indução do Parto em Pacientes com Cesárea Anterior. *Feminina*. 2009 (8): 428-432.
3. American Academy of Pediatric and American College of Obstetric and Gynecology. Post partum and follow-up care. In: *Guidelines for Perinatal Care*. 3 ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; Washington: American College of Obstetrician and Gynecologists 1992;4:91-116.
4. Rosely, EG; Fornazari. DH; de Sousa Castro Silva, K. Parto normal após cesárea: aspectos maternos e neonatais; *Saúde Coletiva*, vol 4, núm. 14, 2007
5. Ugwumadu, A. Does the Maxim “Once a Caesarean, Always a Caesarean” Still Hold True? *PLoS Med*. 2005; 2 (9): 305.
6. Martel MJ, MacKinnon J. Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*. 2015; No 155 (Replaces guideline No 147): 164-174.

7. Shams-Ghahfarokhi, Z., Khalajabadi-Farahani, F. Intention for Cesarean Section Versus Vaginal Delivery Among Pregnant Women in Isfahan: Correlates and Determinants. *J ReprodInfertil, Iran*, 17(4):230-239, out./dez. 2016.
8. Rietveld, A., de Groot, C., Teunissen, P. Decision-making during trial of labour after caesarean; a qualitative study with gynaecologists. *PLoS One, Amsterdam*,13(7):e0199887, jul. 2018.
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria nº 306. Março. 2016.
10. Thapsamuthdechakorn, A., Sekararithi, R., Tongsong, T. Factors associated with successful trial of labor after cesarean section: a retrospective cohort study. *Journal of Pregnancy, Thailand, Volume 2018, Article ID 6140982*, junho. 2018.
11. Vankan,E., Schoorel, EM., van Kuijk, SM., et al. Practice variation of vaginal birth after cesarean and the influence of risk factors at patient level: a retrospective cohort study. *ActaObstetGynecolScand, Holanda*. 96(2):158-165. Fev. 2017.
12. Guise, J., Eden, K., Emeis, C., et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess. (191): 1-397*. Março. 2010
13. Lundgren, I., Healy, P., Carroll, M., et al. Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a study from countries with low VBAC rates. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16 (1): 350. Nov. 2016.
14. Young, C., Liu, S., Muraca, G., et al. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associates maternal and neonatal morbidity. *CMAJ, Canada*. 190(18): E556-E564. Maio. 2018.

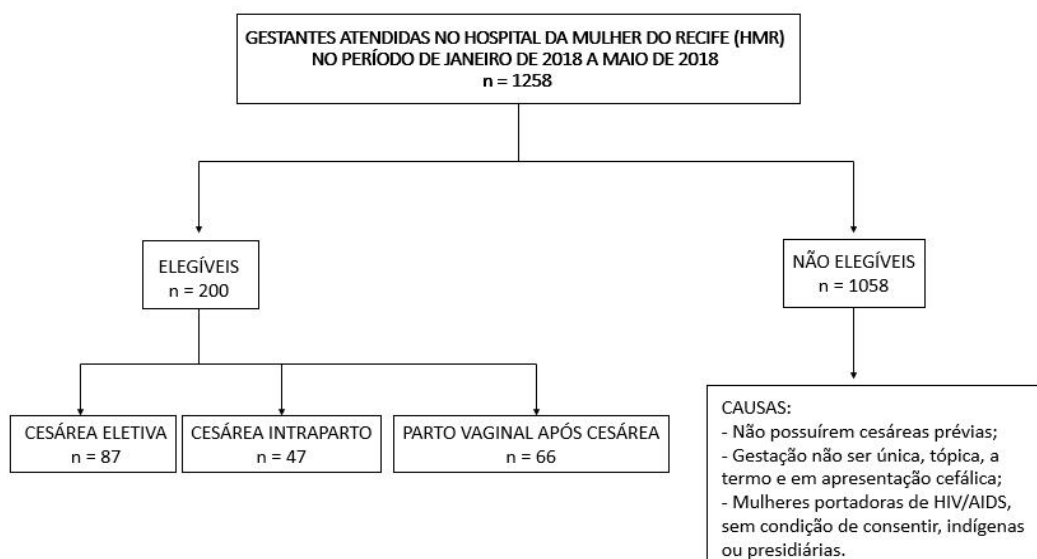


Figura.1 Fluxograma de captação das participantes. Recife, PE.

VARIÁVEL	CESARIANA ELETIVA N=87	PARTO VAGINAL N=66	<i>p</i>
Idade(média/DP)	28,4/5,34	28,7/5,93	0,69
Gestações prévias (mediana/IIQ)	3/3-3	3/2-4	0,44*
Escolaridade maior que 8 anos	62/71,3	50/75,8	0,53

Tabela 1. Características maternas comparando o PVAC com a cesariana eletiva.

VARIÁVEL	CESARIANA INTRAPARTO N=47	PARTO VAGINAL N=66	<i>p</i>
Idade(média/DP)	27,5/4,87	28,7/5,93	0,25
Gestações prévias (mediana/IIQ)	3/2-3	3/2-4	0,59*
Escolaridade maior que 8 anos	37/78,7	50/75,8	0,71

Tabela 2. Características maternas comparando o PVAC com a cesariana intraparto.

VARIÁVEL	CESARIANA ELETIVA N=87	PARTO VAGINAL N=66	RP	IC 95%	<i>P</i>
Hipotonia uterina (n/%)	2/2,3	3/4,5	0,50	0,08-2,94	0,37*
HPP(n/%)	1/1,1	4/6,1	0,18	0,20-1,65	0,10*
Endometrite(n/%)	0/0	1/1,5	Não definido	Não definido	0,43*
Tempo de internamentoda mulher (media/DP)	80,5/27,3	55,6/25,6	-	-	<0.0001
Apgar< 7 no 5º minuto(n/%)	0/0	2/3,0	Não definido	Não definido	0,18*
Taquipneia transitória do RN(n/%)	6/6,9	2/3,0	2,27	0,47-10,91	0,24*
Contato pele a pele(n/%)	65/74,7	59/89,4	0,83	0,72-0,96	0,02
Icterícia neonatal(n/%)	15/17,2	11/16,7	1,03	0,50-2,10	0,92
Internamento em UCI neonatal(n/%)	1/1,1	4/6,1	0,18	0,20-1,65	0,10*
Tempo de internamento do RN (media/DP)	78,4/30,5	72,7/40,5	-	-	<0.02**

Tabela 3. Resultados maternos e neonatais comparando a cesariana eletiva com o PVAC

VARIÁVEL	CESARIANA	PARTO	RP	IC 95%	<i>p</i>
----------	-----------	-------	----	--------	----------

	INTRAPARTO N=47	VAGINAL N=66			
Hipotonia uterina (n/%)	0/0	3/4,5	Não definido	Não definido	0,19*
HPP (n/%)	0/0	4/6,1	Não definido	Não definido	0,11*
Endometrite (n/%)	2/4,3	1/1,5	2,80	0,26-30,07	0,37*
Tempo de internamento da mulher (media/DP)	86,8/28,9	55,6/25,6	-	-	<0,0001
Apgar< 7 no 5º minuto (n/%)	0/0	2/3,0	Não definido	Não definido	0,33*
Taquipneia transitória do RN (n/%)	3/6,4	2/3,0	2,10	0,36-12,11	0,34*
Contato pele a pele (n/%)	30/63,8	59/89,4	0,71	0,56-0,89	0,001
Icterícia neonatal (n/%)	12/25,5	11/16,7	1,53	0,74-3,17	0,24
Internamento em UCI neonatal (n/%)	4/8,5	4/6,1	1,40	0,36-5,33	0,44*
Tempo de internamento do RN (media/DP)	91,9/47,0	72,7/40,5	-	-	0,02

Tabela 4. Resultados maternos e neonatais comparando a cesariana intraparto com o PVAC