

PARTO VAGINAL APÓS UMA CESÁREA ANTERIOR

VAGINAL DELIVERY AFTER ONE CESAREAN SECTION

Bianca Totta Patrício¹, Natália Sartori Vanin¹, Joe Luiz Vieira Garcia Novo²

RESUMO

Objetivo: analisar a validade de prova de trabalho de parto em pacientes com segunda gestação e uma cesárea anterior, observar a ocorrência de parto vaginal, prováveis complicações maternas e perinatais. **Métodos:** estudo prospectivo de partos assistidos (03/2010 – 03/2011). As variáveis dependentes foram: via de parto (vaginal e abdominal), complicações puerperais e resultados perinatais. As variáveis de controle analisadas: dados epidemiológicos, antecedentes maternos obstétricos e perinatais, bem-estar materno-fetal, indução de trabalho de parto, dia semanal e horário do parto, momento da informação e justificativa de parto à paciente. A comparação estatística utilizou o teste do qui-quadrado com significância de 5%, e o programa *Statistical Package for Social Sciences*. **Resultados:** valores significativos de união estável e de casadas para partos cesáreos e de solteiras nos partos vaginais ($p = 0,004$); as membranas ovulares íntegras predominaram significativamente nas cesáreas e quando rotas associaram-se a partos vaginais ($p = 0,001$); Predominaram cesáreas das 12:01 - 24:00 horas, e partos vaginais das 00:01 - 6:00 horas ($p = 0,036$). Não ocorreram complicações maternas e fetais significantes. Nos recém-nascidos houve significância de pesos maiores para os de cesáreas ($p = 0,011$); condições de vitalidade extrauterina a 1 e 5 minutos não diferiram significativamente entre cesáreas e partos vaginais. **Conclusão:** a tentativa de parto vaginal em 80 parturientes em segunda gestação com uma cesárea anterior evitou a segunda cesárea em 42,5% destas pacientes. Os resultados comprovaram que a prova de trabalho de parto deve ser estimulada para parturientes em segunda gestação com uma cesárea anterior.

Descritores: cesárea, parto vaginal, fatores de risco, atenção à saúde.

ABSTRACT

Objective: to identify the validity of trial of labor in women with second pregnancy and previous cesarean section, to observe vaginal deliverance and probable maternal and perinatal complications. **Methods:** prospective cohort study of labors (03/2010 - 03/2011). The dependent variables analyzed: vaginal delivery or cesarean section, puerperal and perinatal results complications. The control variables were: epidemiological data, previous maternal and perinatal history, maternal and fetal wellness, labor induction, weekly day and hour of labor, moment of information and birth justification to the patient. The statistical comparison used the chi-squared test with 5% significance and the program *Statistical Package for Social Sciences*. **Results:** significance in steady union and married women for cesareans sections, and single in vaginal births ($p = 0.004$); complete membranes were significant in cesareans sections and rupture of them to vaginal deliveries ($p = 0.001$). There was a predominance of cesareans sections during 12:01 - 24:01 hours, and vaginal births from 00:01 - 6:00 hours ($p = 0.036$). There were no significant events in maternal and

fetal complications. Newborns of c-sections were significantly heavier ($p = 0.011$); extra-uterine vital conditions of 1 and 5 minutes presented no difference between cesarean sections and vaginal births. **Conclusion:** the trial of labor in 80 patients with second pregnancy and one previous cesarean section avoided the second cesarean section in 42,5% in this patients. The results confirm that trial of labor should be stimulated to labor patients with second pregnancy and one previous cesarean section. **Key-words:** cesarean section, vaginal delivery, risk factors, health care.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas as estatísticas mundiais, em especial em nosso país, têm-se revelado importante aumento das indicações das cesáreas, destacando-se a chamada cesárea primária.¹ Este fato traz junto a si outro agravante, isto é, um número cada vez maior de grávidas, que tendo em seus antecedentes uma cesárea anterior, podem gerar dúvidas sobre qual seria a via ideal de resolução da gestação subsequente.²

Durante os anos setenta e oitenta do século passado, supunha-se que a morbiletalidade e o prognóstico perinatais estavam em evidente melhora graças ao incremento das cesáreas que se processavam na época.²⁻⁵ Todavia, na atualidade sabe-se que tal melhora aconteceu graças aos avanços no tipo, qualidade e disponibilidade dos serviços médicos nas áreas obstétricas e neonatais, criando alternativas na atenção e acompanhamento da saúde materna e fetal, não havendo, portanto, relação com a via de resolução de parto.⁶

A ampliação das indicações de cesáreas representa viés de conquista da obstetria atual, melhorando a qualidade de vida, não devendo ser vista como um abuso, porém, superando as manobras e intervenções obstétricas de outrora, potencialmente traumáticas e lesivas à mãe e o seu conceito.⁷

O parto cirúrgico abdominal transformou-se em evento tão frequente e comum que a possibilidade de parto vaginal, mesmo que esta seja a expectativa de muitas pacientes, deixou de ser a conduta mais utilizada em muitas maternidades.⁸

A institucionalização da assistência ao parto e os avanços tecnológicos vêm realizando melhor controle de riscos maternos e fetais, porém, constata-se, ainda, a associação de inúmeras práticas desnecessárias.⁸

Observa-se abuso e prática generalizada de cesárea eletiva de repetição em mulheres com cesárea prévia. O dogma “uma vez cesárea, sempre cesárea”, em verdade relacionada à incisão uterina clássica (corporal)⁹, ainda permanece em alguns locais como justificativa para a repetição eletiva de outra cesárea.¹⁰

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 14, n. 4, p. 135-146, 2012

1. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 25/8/2011. Aceito para publicação em 15/5/2012.

Contato: joeluznovo@hotmail.com

Esta prática não se justifica à luz da obstetrícia atual, uma vez que as incisões histerotômicas são de há muito anos, preferentemente segmentares transversas, o que lhes confere melhor qualidade funcional que as corporais de outrora, nos partos subsequentes.¹¹

Este modelo intervencionista de assistência ao parto transforma a mulher em objeto de ação, e ela que é a maior interessada no modelo assistencial, acaba perdendo o controle e a sua decisão consentida e informada em relação às condições de seu parto.¹²

É indubitável que a disponibilização e as possibilidades de acesso às informações do desenvolvimento da gravidez devem estar presentes durante o relacionamento do pré-natal, devendo este conter amplo conteúdo educativo sobre o parto futuro, as suas possibilidades em modelos normais e na presença de prováveis complicações.⁸ Neste contexto, apesar do número crescente de cesáreas indicados pela presença de cicatriz anterior da cirurgia, em determinadas condições, existe a possibilidade e a realidade de parto através da via vaginal nessas pacientes.¹³

Podará, portanto, o obstetra submeter as pacientes à prova de trabalho de parto (PTP), definida pela presença de contrações uterinas, quer sejam espontâneas ou induzidas artificialmente, com a finalidade de tentar a vinda fetal ao exterior através do parto transvaginal.

As complicações prováveis da PTP na presença de uma cesárea anterior são mínimas, desde que esta tentativa esteja interligada a um perfeito acompanhamento médico, controle e vigilância do bem-estar fetal e, ainda, respeitando às contra-indicações de um parto vaginal.¹⁴

Quando há possibilidade de se realizar a PTP em pacientes com uma cesárea anterior, são boas as chances de sucesso de se obter parto vaginal, e existe praticamente isenção de complicações maternas e fetais.^{6,15,16} A tentativa de sua realização poderia ser, inclusive, uma das estratégias a ser utilizada, com a finalidade de diminuir os índices atuais de cesáreas, além de poder ser ferramenta útil na redução da morbidade materna e perinatal.^{16,17}

Este trabalho teve como objetivo analisar a validade de prova de trabalho de parto em pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), assistidas em hospital universitário, em segunda gestação com uma cesárea anterior. Com esta conduta assistencial, propõe-se observar a possibilidade de ocorrer parto vaginal, e a presença ou não de prováveis complicações maternas e perinatais.

MATERIALE MÉTODOS

Nesta pesquisa foram incluídas e analisadas prospectivamente 80 pacientes atendidas na maternidade do Hospital Santa Lucinda de Sorocaba – SP, durante o período de março/2010 a fevereiro/2011. São as que concordaram e assinaram afirmativamente o termo de conhecimento livre e esclarecido para participarem desta pesquisa, incluídas antes do parto de acordo com as condições abaixo:²

1. Segunda gestação atual.
2. Uma única cesárea anterior segmentar transversa.
3. Feto único em apresentação cefálica fletida, sem malformações associadas.
4. Idade gestacional no mínimo com 37 semanas completas ou mais.
5. Ausência de endometrite ou supuração de parede abdominal na cesárea anterior.
6. Sem distócia óssea importante.

7. Sem distensão uterina importante.
8. Sem razão médica que exija cesárea eletiva.
9. Intervalo interpartal superior a um ano.

As diretrizes orientadas pelas sociedades obstétricas enfatizam que se ofereça a PTP às mulheres com cesárea anterior, somente após serem esclarecidos os riscos e benefícios, e anuência da paciente pela conduta assistencial a ser adotada.^{18,19}

Foram analisadas como variáveis dependentes: a via de parto, as complicações do puerpério e os resultados perinatais. As vias de parto consideradas foram vaginal e cesárea. As complicações do puerpério incluídas no estudo compreenderam a presença ou não de complicações maternas presentes nos períodos peripartal e puerperal como: retenção placentária, rotura uterina, histerectomia puerperal, infecção de parede abdominal, óbito materno e outras. Os resultados perinatais imediatos estudados foram: índice de vitalidade no primeiro e quinto minutos de vida extrauterina do recém-nascido, relacionados em duas categorias, menor que 7 (<7) e maior ou igual a 7 (≥7), sexo, peso, índice de morte perinatal (natimortos e óbito neonatal) e/ou outras complicações.

Como variáveis de controle foram utilizadas: idade materna, cor, intervalo interpartal, situação marital, escolaridade, assistência pré-natal referida como: sim (≥ 6 consultas) e não (<6 consultas), antecedentes mórbidos (clínicos, obstétricos e perinatais), presença de rotura prematura das membranas ovulares, volume alterado de líquido amniótico (oligoamnion ou polidramnion), resultado de cardiocografia, uso de ocitocina para indução de trabalho de parto, dia da semana e horário do parto, analgesia de parto, momento da informação e da justificativa do tipo de parto para a paciente.^{17,20}

As pacientes incluídas neste estudo foram puérperas de, no mínimo, seis horas de pós-parto, quando, em geral, já estavam descansadas e em condições de responder convictamente à entrevista consentida e informada.²¹

Para a avaliação estatística em cada item dos resultados, adotou-se o nível de significância de 5% (0,050) para a aplicação dos testes, ou seja, quando o valor da significância calculada (p) for menor do que 5% (0,050), observa-se uma diferença ou uma relação dita estatisticamente significativa. Quando o valor da significância calculada (p) for igual ou maior do que 5% (0,050), observa-se uma diferença ou relação dita estatisticamente não significativa. Utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), em sua versão 19.0, para a obtenção dos resultados.²² A pesquisa foi iniciada após a sua aprovação através do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde/PUC-SP. Respeitaram-se as normas da Declaração de Helsinque e da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa em seres humanos.

RESULTADOS

A tabela 1 revela a descrição e a comparação entre os tipos de partos vaginais e cesáreas em relação à faixa etária (p = 0,230), cor (p > 0,999) e escolaridade (p = 0,927), valores não significativos; o estado civil de união estável e de casadas foi significativo para as cesáreas e de solteiras nos partos vaginais (p = 0,004). Observa-se na tabela 2 que assistência pré-natal (p > 0,999), intervalo interpartal (p = 0,805) e abertura cervical quando da admissão hospitalar das parturientes (p = 0,099) não foram significativas; as membranas ovulares íntegras predominaram significativamente nas cesáreas, e quando rotas associaram-se a partos vaginais (p = 0,001).

Não houve diferença estatística entre partos espontâneos e induzidos ($p = 0,645$), dias da semana de internação e assistência ($p = 0,275$). As cesáreas predominaram durante os períodos de 12:01 - 24:00 horas, enquanto que os vaginais durante 00:01 - 6:00 horas ($p = 0,036$) (Tabela 3).

A PTP submetida às parturientes não desenvolveu complicações maternas significantes como histerectomia puerperal ($p > 0,999$), rotura uterina ($p > 0,999$), infecção de

parede abdominal ($p > 0,999$), retenção placentária ($p > 0,999$) e/ou outras complicações ($p = 0,178$) (Tabela 4).

Estudando-se os recém-nascidos, encontra-se prevalência significativa de pesos maiores para os de cesáreas ($p = 0,011$) (Tabela 5). A tabela 6 revela que as condições de vitalidade extrauterina a 1 minuto ($p = 0,388$) e a 5 minutos ($p = 0,505$), além de prováveis complicações ($p > 0,999$) não diferiram significativamente entre partos vaginais e cesáreas.

Tabela 1. Descrição e comparação entre tipos de partos: vaginais (PN e PF) e cesáreas (PC) para as variáveis de interesse.

Tipo de parto	Faixa Etária		Total
	14-29	≥ 30	
cesárea	29	17	46
	63,00%	37,00%	100,00%
normal+fórceps	26	8	34
	76,50%	23,50%	100,00%
Total	55	25	80
	68,80%	31,30%	100,00%
$p = 0,230$			
Tipo de parto	Cor		Total
	BRANCA	NEGRA	
cesárea	33	13	46
	71,70%	28,30%	100,00%
normal+fórceps	25	9	34
	73,50%	26,50%	100,00%
Total	58	22	80
	72,50%	27,50%	100,00%
$p > 0,999$			

Continua na próxima página

Tipo de parto	Escolaridade			Total
	EF	EM	ES	
cesárea	13	28	5	46
	28,30%	60,90%	10,90%	100,00%
normal+fórceps	9	22	3	34
	26,50%	64,70%	8,80%	100,00%
Total	22	50	8	80
	27,50%	62,50%	10,00%	100,00%

p = 0,927

Tipo de parto	Estado Civil		Total
	união estável + casado	solteiro	
cesárea	45	1	46
	97,80%	2,20%	100,00%
normal+fórceps	26	8	34
	76,50%	23,50%	100,00%
Total	71	9	80
	88,80%	11,30%	100,00%

p = 0,004

Aplicação do *Teste Exato de Fisher* com o intuito de verificarmos possíveis diferenças entre ambos os tipos de parto para as variáveis de interesse.

Tabela 2. Descrição e comparação entre tipos de parto: vaginais (PN e PF) e cesáreas (PC) para as variáveis de interesse.

Tipo de parto	Pré-Natal		Total
	sim	não	
cesárea	46	0	46
	100,00%	0,00%	100,00%
normal+fórceps	34	0	34
	100,00%	0,00%	100,00%
Total	80	0	80
	100,00%	0,00%	100,00%
p > 0,999			
Tipo de parto	Intervalo Interpartal		Total
	<=5 anos	>5 anos	
cesárea	32	14	46
	69,60%	30,40%	100,00%
normal+fórceps	25	9	34
	73,50%	26,50%	100,00%
Total	57	23	80
	71,30%	28,70%	100,00%
p = 0,805			
Tipo de parto	Membranas ovulares		Total
	íntegras	rotas	
cesárea	26	20	46
	56,50%	43,50%	100,00%
normal+fórceps	6	28	34
	17,60%	82,40%	100,00%
Total	32	48	80
	40,00%	60,00%	100,00%
p = 0,001			

Continua na próxima página

Tipo de parto	Dilatação Colo			Total
	0-4	4-6	>6	
cesárea	42	3	1	46
	91,30%	6,50%	2,20%	100,00%
normal+fôrceps	25	6	3	34
	73,50%	17,60%	8,80%	100,00%
Total	67	9	4	80
	83,80%	11,30%	5,00%	100,00%

$p = 0,099$

Aplicação do *Teste Exato de Fisher* com o intuito de verificarmos possíveis diferenças entre ambos os tipos de parto para as variáveis de interesse.

Tabela 3. Descrição e comparação entre tipos de parto: vaginais (PN e PF) e cesáreas (PC) para as variáveis de interesse.

Tipo de parto	Parto Espontâneo		Total
	sim	não	
cesárea	29	17	46
	63,00%	37,00%	100,00%
normal+fórceps	19	15	34
	55,90%	44,10%	100,00%
Total	48	32	80
	60,00%	40,00%	100,00%

p = 0,645

Tipo de parto	Dia da semana		Total
	seg-sex	sab-dom	
cesárea	34	12	46
	73,90%	26,10%	100,00%
normal+fórceps	29	5	34
	85,30%	14,70%	100,00%
Total	63	17	80
	78,80%	21,30%	100,00%

p = 0,275

Tipo de parto	Período do parto				Total
	00:01-06:00	06:01-12:00	12:01-18:00	18:01-24:00	
cesárea	4	16	11	15	46
	8,70%	34,80%	23,90%	32,60%	100,00%
normal+fórceps	11	12	4	7	34
	32,40%	35,30%	11,80%	20,60%	100,00%
Total	15	28	15	22	80
	18,80%	35,00%	18,80%	27,50%	100,00%

p = 0,036

Aplicação do *Teste Exato de Fisher* com o intuito de verificarmos possíveis diferenças entre ambos os tipos de parto para as variáveis de interesse.

Tabela 4. Descrição e comparação entre tipos de parto: vaginais (PN e PF) e cesáreas (PC) para as variáveis de interesse.

COMPLIC Histerectomia			
Tipo de parto	Puerperal		Total
	sim	não	
cesárea	0	46	46
	0,00%	100,00%	100,00%
normal+fórceps	0	34	34
	0,00%	100,00%	100,00%
Total	0	80	80
	0,00%	100,00%	100,00%
p > 0,999			
COMPLIC Rótura Uterina			
Tipo de parto	Rótura Uterina		Total
	sim	não	
cesárea	1	45	46
	2,20%	97,80%	100,00%
normal+fórceps	0	34	34
	0,00%	100,00%	100,00%
Total	1	79	80
	1,30%	98,80%	100,00%
p > 0,999			
COMPLIC Infecção da Parede			
Tipo de parto	Abdominal		Total
	sim	não	
cesárea	0	46	46
	0,00%	100,00%	100,00%
normal+fórceps	0	34	34
	0,00%	100,00%	100,00%
Total	0	80	80
	0,00%	100,00%	100,00%
p > 0,999			

Continua na próxima página

Tipo de parto	COMPLIC Retenção Placentária		Total
	sim	não	
cesárea	0	46	46
	0,00%	100,00%	100,00%
normal+fórceps	0	34	34
	0,00%	100,00%	100,00%
Total	0	80	80
	0,00%	100,00%	100,00%

p > 0,999

Tipo de parto	COMPLIC Outros		Total
	sim	não	
cesárea	0	46	46
	0,00%	100,00%	100,00%
normal+fórceps	2	32	34
	5,90%	94,10%	100,00%
Total	2	78	80
	2,50%	97,50%	100,00%

p = 0,178

Aplicação do *Teste Exato de Fisher* com o intuito de verificarmos possíveis diferenças entre ambos os tipos de parto para as variáveis de interesse.

Tabela 5. Descrição e comparação entre tipos de parto: vaginais (PN e PF) e cesáreas (PC) para as variáveis de interesse.

Tipo de parto	n	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50 (Mediana)	Percentil 75	Significância (p)
cesárea	46	3385,33	496,32	1805,00	4460,00	3133,75	3430,00	3698,75	0,011
normal + fórceps	34	3159,76	375,31	2230,00	3842,00	2906,25	3155,00	3407,50	

Aplicação do *Teste de Mann-Whitney* com o intuito de verificarmos possíveis diferenças entre ambos os tipos de parto para a variável 'peso do RN'.

Tabela 6. Descrição e comparação entre tipos de parto: vaginais (PN e PF) e cesáreas (PC), para as variáveis de interesse.

Tipo de parto	RN Apgar_1		Total
	<=7	>7	
cesárea	42	4	46
	91,30%	8,70%	100,00%
normal+fórceps	33	1	34
	97,10%	2,90%	100,00%
Total	75	5	80
	93,80%	6,30%	100,00%

p = 0,388

Tipo de parto	RN Apgar_5		Total
	<=7	>7	
cesárea	44	2	46
	95,70%	4,30%	100,00%
normal+fórceps	34	0	34
	100,00%	0,00%	100,00%
Total	78	2	80
	97,50%	2,50%	100,00%

p = 0,505

Tipo de parto	RN Complicações		Total
	sim	não	
cesárea	0	46	46
	0,00%	100,00%	100,00%
normal+fórceps	0	34	34
	0,00%	100,00%	100,00%
Total	0	80	80
	0,00%	100,00%	100,00%

p > 0,999

Aplicação do *Teste Exato de Fisher* com o intuito de verificarmos possíveis diferenças entre ambos os tipos de parto para as variáveis de interesse.

DISCUSSÃO

Em algumas sociedades, isto é, em países desenvolvidos, o ciclo gravídopuerperal é considerado como evento fisiológico e natural durante o período reprodutivo da mulher. Apesar de ser fisiológico induz modificações ou alterações no organismo materno, levando-o às proximidades de evento patológico e, se estiver sem controle adequado, poderá ser envolvido por doenças, complicações e/ou, também, pela própria morte.²³

Não se questiona que a cesárea assumiu grande importância como sendo técnica adequada para a resolução de uma série de condições obstétricas específicas, que requeiram a interrupção da gravidez como única maneira de preservar a saúde materno e/ou fetal.^{1,14,24} Por outro lado, evidências revelam a basto, permitindo referir que não há redução sistemática e contínua da morbidade maternofetal com o aumento das taxas de cesáreas.^{8,24}

A possibilidade de poder ser evitada a realização de uma desnecessária cesárea em situações de emergência, decorrente de risco materno e/ou fetal, revela o papel importante de que uma cesárea eletiva possa ser, também, considerada como opção em determinadas circunstâncias.²⁵

De outra forma, para que haja indicação de parto vaginal em pacientes com cicatriz de cesárea anterior, torna-se fundamental que alguns preceitos sejam rigorosamente observados e seguidos. Impõem-se o consentimento informado dos riscos a que será submetida ao se tentar o parto vaginal, a monitorização da atividade uterina quer espontânea ou induzida através de criterioso controle de infusão de ocitocina, fetos proporcionais e em apresentações favoráveis ao canal de parto.^{1,14}

A visão da literatura pertinente à tentativa de PTP em parturientes com parto cesáreo anterior refere sucesso para obtenção de parto vaginal de 60% - 90%.^{6,20,24,25} Demonstra-se, ainda, que as morbiletalidades materna e a perinatal não foram dependentes da tentativa de PTP.^{15,16,18,26}

Nesta pesquisa, após analisar 80 parturientes em segunda gestação com uma cesárea anterior, obteve-se parto vaginal em 34/80 (42,5%) e cesárea repetitiva em 46/80 (57,5%), cifras um pouco abaixo às relatadas anteriormente.

Foram significantes a associação das cesáreas com parturientes casadas, ou em situação conjugal estável, quando internadas com membranas ovulares íntegras, partos realizados das 12 às 24 horas e à recém-nascidos de maior peso. Os partos vaginais aconteceram em parturientes solteiras, membranas ovulares rotas à internação, partos em maiores proporções no período de 00:01 às 06:00 horas da manhã, e recém-nascidos de menores pesos. Os resultados mostram, também, que não houve diferenças estatísticas em morbiletalidade materna e/ou fetal.

Esta pesquisa apresentou em seus resultados dois fatos inesperados. O primeiro é que parturientes casadas e em situação familiar estável tiveram proporcionalmente mais cesáreas, apesar de terem melhor oportunidade de gestações planejadas, apoio familiar doméstico e durante o acompanhamento à evolução do trabalho de parto. A explicação seria o fato de que no Brasil a cesárea ser considerada como modelo de parto de melhor qualidade e cuidados médicos, alcançando as classes mais favorecidas economicamente; e a natural tendência das parturientes de menor poder econômico se renderem à imitação das outras classes.²⁷

O segundo fato é a significativa proporção de partos vaginais em pacientes internadas com membranas ovulares rotas, teoricamente mais expostas a uma provável associação da parturição com invasão bacteriana à cavidade uterina, a alterações de vitalidade fetal, patologias que não ocorreram tanto no grupo

das cesáreas, bem como no grupo de parto vaginais conforme já demonstrado. Credite-se a estes resultados à qualidade de controle assistencial, que utiliza os preceitos de humanização à assistência ao parto.²⁸ Dentre os resultados esperados citam-se a ocorrência significativa de partos vaginais durante o período de 00.01 às 06.00, no qual as cesáreas, em geral, ocorrem quando de urgências internadas durante este horário. Da mesma forma encontram-se os recém-nascidos com maiores pesos significativamente associados às cesáreas.

Sinalem-se a não ocorrência de complicações maternas imediatas e/ou puerperais e de recém-nascidos nos dois grupos estudados. Estes fatos falam por si só, a utilidade e oportunidade de se utilizar a PTP, reduzindo a incidência de cesáreas na maternidade do Hospital Santa Lucinda.

As mulheres modernas com certeza foram expropriadas de seus saberes e de seus poderes de parturição, em prol de prescrições atreladas a ditames científicos,²⁸ não raro distantes do campo de escolha e de possibilidade de certa parte das parturientes.²⁹

Em nível internacional a proposta por parto vaginal após uma cesárea anterior está sendo mais bem sucedida que em nosso país, através da educação pré-natal e diminuindo a ansiedade das pacientes, assim como através de condutas uniformes embasadas em protocolos de assistência ao parto.³⁰

Em verdade, para se obter bons resultados diante da evolução de um trabalho de parto, tornam-se imperativo o bem-estar físico e emocional da paciente.^{28,29} Incluem-se, também, o respeito aos direitos de sua privacidade, à presença de preceitos sustentáveis de segurança e de conforto aliados à qualidade assistencial.^{15,16,28,29}

As altas taxas de cesárea no Brasil representam problema grave e preocupante, representando, ainda, problema de saúde pública.¹³

CONCLUSÕES

1. A tentativa de parto vaginal em 80 parturientes em segunda gestação com uma cesárea anterior evitou a segunda cesárea em 42,5% destas pacientes.
2. Não foram observadas complicações maternas e/ou fetais significantes em ambos os grupos de partos estudados.
3. Conclui-se que a PTP é válida para pacientes em segunda gestação com uma cesárea anterior.
4. As altas taxas cesáreas no Brasil continuam representando, ainda, problema de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Carriel EF, Zanolli ML, Morcillo AM. Fatores de risco para a indicação de parto cesáreo em Campinas (SP). Rev Bras Ginecol Obstet. 2007; 29:34-40.
2. Maia Filho NL, Mathias L. Parto vaginal pós-cesárea. GOAtual. 1997; 6:15-9.
3. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla N, Faundes A, et al.; World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Group. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with cesarean delivery: multicentre prospective study. BMJ. 2007; 335(7628):1025.
4. MacDorman MF, Declercq, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk" United States, 1998-2001 birth cohorts. Birth. 2006; 33(3):175-82.
5. Yee W, Amin H, Wood S. Elective cesarean delivery, neonatal intensive care unit admission, and neonatal respiratory distress. Obstet Gynecol. 2008; 111:823-8.

6. Cecatti JC, Andreucci CB, Cacheira OS, Pires HMB, Silva JLP, Aquino MMA. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev Ginecol Obstet Bras*. 2000; 22:175-9.
7. Camano L, Souza E, Santos JFK, Sass N, Mattar R, Guaré SO. Segunda opinião para indicação da cesariana. *Femina*. 2001; 29:345-50.
8. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. *Rev Latinoam Enferm*. 2002; 10:667-74.
9. Cragin EB. Conservatism in obstetrics. *N York Med J*. 1916; 104:1-3.
10. Flamm BL. Once cesarean, always a controversy. *Obstet Gynecol*. 1997; 90:312-5.
11. Kerr JM. The techniques of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. *Am J Obstet Gynecol*. 1926; 12:729-31.
12. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: FMUSP; 2001.
13. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseada em evidências (parte I). *Femina*. 2010; 38:415-22.
14. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Caroli 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; 367(9525):1819-29.
15. Guariento A, Pereira DA, Jukemura C, Delascio D, Saldiva Neto M, Carvalho HL. Parto vaginal após cesárea. In: Delascio D, editor. *Temas de obstetrícia, ginecologia e pediatria neonatal*. São Paulo: Procienc; 1964. v. 1, p. 265-78.
16. Neme B, editor. *Obstetrícia básica*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006. p. 851-933. Intervenções durante o parto.
17. Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JC, Passini Jr R. A prova de trabalho de parto aumenta a morbidade materna e neonatal em primíparas com uma cesárea anterior? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25:255-60.
18. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Caesarean section*. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004. p. 142.
19. Souza ASR, Costa AAR, Coutinho I, Noronha Neto C, Amorim MMR. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. *Femina*. 2010; 38:185-94.
20. 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; 24:161-6.
21. Junqueira SM. *Sentimentos, percepções e necessidades da parturiente na sala de parto*. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 1987.
22. Conover WJ. *Practical nonparametric statistics*. 3rd ed. New York: John Wiley; 1999.
23. Cecatti JG, Calderon IRMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção de mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27:357-65.
24. Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005; 27:189-96.
25. Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38:9-15.
26. Rossi AC, D'Addario V. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section VS elective repeat cesarean delivery: a systematic review with meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199:224-41.
27. Behage 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; 324:942-5.
28. Teixeira KC. Humanização do parto. In: *Anais do IX Congresso Nacional da Educação; III Encontro Sul Brasileira de Psicopedagogia*. Curitiba: PUC-PR; 2009. p. 1472-7.
29. Pires D, Fertoni HP, Conill EM, Matos TA, Cordova FP, Mazur CS. A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio-antropológico na saúde suplementar brasileira. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10:191-7.
30. Oliveira TA, Taborda WC. Redução das taxas de cesáreas: uma meta a ser alcançada. *Femina*. 2004; 32:271-6.