

A Prova de Trabalho de Parto Aumenta a Morbidade Materna e Neonatal em Primíparas com uma Cesárea Anterior?

Does a Trial of Labor for Vaginal Delivery Increase Maternal and Neonatal Morbidity among Primiparous Women who had one Previous Cesarean Section?

Jacinta Pereira Matias, Mary Angela Parpinelli, José Guilherme Cecatti, Renato Passini Júnior

RESUMO

Objetivo: *comparar a morbidade materna e os resultados neonatais, bem como algumas características clínicas e epidemiológicas de primíparas com uma cesárea anterior, segundo a realização de cesárea eletiva (CE) ou prova de trabalho de parto (PTP) no segundo parto.*

Pacientes e Método: *trata-se de estudo de corte transversal retrospectivo do segundo parto em mulheres com uma cesárea prévia, atendidas no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM)/UNICAMP, no período de 1986 a 1998. Os dados foram obtidos de 2068 prontuários clínicos que correspondiam a 322 casos de CE e 1746 de PTP. A análise dos dados foi realizada pela distribuição percentual dos casos de CE e PTP e das categorias das variáveis nestes dois grupos, com a diferença estatística avaliada pelos testes χ^2 , χ^2 para tendência (χ^2 trend) e exato de Fisher, com nível de significância de 95%.*

Resultados: *a indicação de CE diminuiu progressivamente com o tempo, passando de 22,6% em 1986 para 5% em 1998. A morbidade materna foi semelhante e reduzida nos dois grupos (1,24 e 1,21%). Não houve diferença significativa entre os grupos quanto ao índice de Apgar e natimortalidade, mas notou-se proporção significativamente maior de RN prematuros e com peso <2.500 g e >4.000 g no grupo submetido à CE. A prevalência de CE foi significativamente maior em mulheres com idade ≥ 35 anos, história pregressa ou atual de síndrome hipertensiva, diabetes ou primeiro filho morto, bem como com alterações no volume do líquido amniótico.*

Conclusões: *A realização da PTP aumentou progressivamente ao longo dos treze anos, sem aumento na morbidade materna e/ou neonatal. As indicações de CE obedeceram critério médico relacionado às condições clínicas maternas e/ou fetais desfavoráveis ao parto vaginal.*

PALAVRAS-CHAVE: *Cesariana. Parto normal. Prova de trabalho de parto.*

Introdução

A cesárea é um dos procedimentos cirúrgicos mais executados e conhecidos na atualidade. Ao longo do tempo, sua realização levanta uma série de questões que se refletem sobre o futuro reprodutivo da mulher¹.

No decorrer do século XX, os avanços tecnológicos e de retaguarda para procedimentos

cirúrgicos contribuíram para o crescimento dos índices de cesárea. Observou-se, também, ampliação progressiva das suas indicações, incluindo-se a prática generalizada de cesárea eletiva (CE) de repetição em mulheres com cesárea prévia. O dogma “uma vez cesárea, sempre cesárea”², relacionado à incisão uterina clássica (corporal), que não é mais rotina na prática obstétrica atual, permanece como justificativa para a repetição eletiva da cesárea³. Esta prática, além de contribuir para a elevação global nas taxas de cesárea, pode elevar a morbidade materna relacionada à sua repetição (placenta prévia, acretismo placentário) e aumentar desnecessariamente os custos da assistência obstétrica⁴.

Departamento de Tocoginecologia
Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas

Correspondência:

Mary Ângela Parpinelli

Rua Alexander Fleming, 101

13084-881 - Campinas - SP - Brasil

Telefone: (19) 37889399, (11) 4586-6906, Fax: (19) 37889304

e-mail:jacintapm@uol.com.br - parpinelli@caism.unicamp.br

Já início da década de 80 foi possível observar-se um grande número de mulheres com antecedente de uma cesárea que, engravidando novamente, evoluíam para parto vaginal espontâneo, com baixa incidência de morbidade tanto materna quanto perinatal⁵. Esta constatação foi feita também no Brasil⁶, provavelmente refletindo modificações de conceitos sobre a melhor via de parto, inclusive entre as próprias mulheres brasileiras. Nesta perspectiva, embora freqüentemente a demanda das mulheres/famílias por cesárea seja usada como uma das justificativas para os altos índices desta cirurgia no nosso país, alguns estudos recentes têm mostrado que, se ouvidas adequadamente, as mulheres brasileiras, de modo geral, prefeririam o parto vaginal^{7,8}. Porém, é freqüente que, quando a mulher manifesta este desejo, a equipe responsável pela assistência ao parto crie uma razão "médica" que torne a cesárea aceitável. O médico vem sendo compelido pelas circunstâncias a adotar essa conduta, sem perceber, neste processo, que comete grave infração ética, sujeita às penalidades das leis⁹.

Ainda que sejam considerados os aspectos relacionados à forma de organização da assistência obstétrica, à formação dos profissionais de saúde e à pressão por cesárea por parte das parturientes, é necessário que se avalie continuamente o verdadeiro impacto da prova de trabalho de parto (PTP) sobre os índices de complicações maternas, principalmente a rotura uterina.

Freqüentemente, encontram-se publicações sobre parto vaginal após cesárea (PVAC) abordando taxa de sucesso e incidência de morbidade tanto materna quanto perinatal^{10,11}. No Brasil, vários estudos vêm mostrando a eficácia e segurança da implementação da PTP em primíparas com uma cesárea prévia, inclusive como uma das estratégias para diminuição do índice global de cesáreas^{12,13}.

Contudo, não há consenso, principalmente pela falta de homogeneidade nos estudos. Alguns deles, por exemplo, calculam a taxa de sucesso de parto vaginal na população total de mulheres com cesárea anterior, inclusive aquelas com mais de uma cesárea e/ou partos vaginais anteriores, e não apenas nas primíparas submetidas a PTP. Da mesma maneira, se não forem separados os grupos em CE e PTP, a análise da morbidade, na PTP e principalmente no PVAC, pode ser influenciada pela inclusão de mulheres cuja observação acurada do risco obstétrico as tornaria não-candidatas a PTP¹⁴. A paridade é outro fator que pode interferir no cálculo tanto da taxa de sucesso do PVAC, quanto da morbidade materna e perinatal, uma vez que o antecedente de parto vaginal funciona como fator predisponente para o PVAC¹⁵.

O objetivo do presente estudo foi analisar os resultados maternos e perinatais segundo a realização de CE ou PTP, independentemente da via final de parto, em mulheres com um único parto anterior por cesárea.

Pacientes e Métodos

Este é um estudo retrospectivo tipo corte transversal, em séries temporais, em grupo de mulheres com um único parto anterior por cesárea, independentemente do número de gestações. Estas mulheres foram selecionadas a partir de banco de dados institucional que contém informações sobre todos os partos ocorridos no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas. Foram selecionados os casos que preenchiam os critérios de inclusão e cujos partos aconteceram no período de 1986 a 1998. Foram excluídos os casos sem informações sobre o tipo de parto anterior ou atual, gestações múltiplas e/ou recém-nascidos portadores de malformações incompatíveis com a vida.

Foram constituídos dois grupos: (CE), definida para o parto por cesárea na ausência de trabalho de parto espontâneo ou induzido (n = 322) e PTP, para a presença de trabalho de parto espontâneo ou induzido, independentemente da forma de término do parto (n = 1746). As variáveis dependentes foram as complicações puerperais imediatas e os resultados perinatais imediatos. Foram consideradas como variáveis de controle: idade materna, intervalo interparto, realização de pré-natal, presença de antecedentes mórbidos clínicos e/ou obstétricos, vitalidade do primeiro filho (filho vivo, morto ou natimorto), altura da mulher, presença de rotura prematura de membranas, volume anormal de líquido amniótico e resultado da cardiocografia. Foram aplicados os testes χ^2 e exato de Fisher na análise estatística de todas as variáveis, sendo considerado como de significância estatística o valor de $p < 0,05$. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Resultados

O total de casos identificados no período foi de 2068, sendo 322 de CE e 1746 com PTP. A Figura 1 mostra uma tendência gradual de queda no percentual de realização de CE, de 22,6% em 1986 para 5% em 1998, e respectivo aumento da indicação de PTP, ao longo do período estudado. Na

Tabela 1, a análise comparativa mostrou que os grupos CE e PTP diferiram significativamente quanto a alguns aspectos sócio-demográficos e clínicos maternos. Em relação à idade, observou-se que entre as que tiveram CE a proporção com idade superior a 35 anos foi duas vezes maior que no grupo de PTP. Por outro lado, a idade da mulher menor que 19 anos foi duas vezes mais freqüente no grupo de PTP que no de CE. A altura ou estatura (<1,45 m) esteve presente em, aproximadamente, 4% dos casos em cada grupo. Dentre as variáveis clínicas, as síndromes hipertensivas e o diabetes foram, respectivamente, duas e quatro vezes mais freqüentes no grupo que evoluiu para CE, o antecedente de morte do primeiro filho na época do segundo parto ocorreu em 8,1% no grupo de CE contra 4,4% no de PTP, e estas diferenças foram estatisticamente significativas. Da mesma forma, foi observado maior percentual de indicação de CE quando o volume de líquido amniótico era anormal (21,4 contra 6,0%), entretanto sem correlação com a presença de cardiocografia inicial al-

terada (20,2% e 22,7%). Já quando considerada a ocorrência de amniorrexe prematura, as mulheres foram mais freqüentemente submetidas à PTP do que a CE.

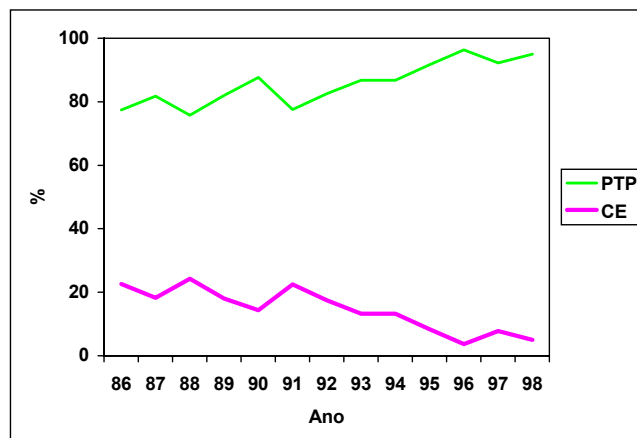


Figura 1 - Distribuição percentual das gestantes primíparas com uma cesárea anterior, segundo evolução para cesárea eletiva (CE) ou prova de trabalho de parto (PTP) e ano do parto.

Tabela 1 - Características maternas e gestacionais segundo evolução para cesárea eletiva (CE) ou prova de trabalho de parto (PTP).

Variáveis	CE (322)		PTP (1746)		p
	n	%	n	%	
Idade materna ≤ 19 anos	28	8,8	266	15,4	0,001
Idade materna >35 anos	35	11,0	93	5,4	0,0001
Intervalo interparto <24 m	86	30,0	535	32,6	0,4
Intervalo interparto >60 m	66	23,1	313	19,1	0,1
Ausência de PN	12	4,1	59	3,7	0,7
Antecedentes clínico-obstétricos patológicos					
S. hipertensiva	79	24,5	215	12,3	0,000001
Diabetes	9	2,8	12	0,7	0,0004
Cardiopatia	7	2,2	57	3,2	0,38
1° filho morto	26	8,1	76	4,4	< 0,04
Altura materna (<1,45 m)	11	3,9	63	4,0	0,9
Presença de RPM	34	10,3	318	18,6	<0,00000001
Volume anormal de LA	68	21,4	100	6,0	<0,00000001
Cardiocografia alterada	65	20,2	396	22,7	0,28

RPM - rotura prematura de membranas

LA - líquido amniótico

PN - pré-natal

Não houve também diferença estatisticamente significativa quanto à ocorrência de complicações puerperais imediatas, que ocorreu em pequeno número de casos nos dois grupos. Observou-se, contudo, que a freqüência de rotura uterina foi discretamente maior nas mulheres submetidas à PTP, ou seja, 1,0 e 0,6% na CE. Quanto à freqüência de histerectomia, esta foi maior nas mulheres submetidas à CE,

o que correspondeu a 0,6% em CE e 0,2% em PTP (Tabela 2).

Na Tabela 3, observa-se que não houve diferença quanto ao índice de Apgar entre os grupos e que a freqüência de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto <7 foi baixa em ambos grupos (2,2 e 2,6%, respectivamente). Entretanto, houve cerca de três vezes mais RN prematuros e duas vezes mais RN com peso <2.500 g ou >4.000 g no grupo de CE.

Tabela 2 - Complicações puerperais imediatas segundo realização de cesárea eletiva (CE) ou prova de trabalho de parto (PTP).

Complicações	CE (n = 319)*		PTP (n = 1736)*	
	n	%	n	%
Ausentes	315	98,7	1715	98,7
Rotura uterina	2	0,6	17	1,0
Histerectomia	2	0,6	4	0,2

*excluídos ignorados – 3/10
p = 0,34 (exato de Fisher)

Tabela 3 - Resultados perinatais imediatos segundo a realização de cesárea eletiva (CE) ou prova de trabalho de parto (PTP).

Variáveis	CE (n = 319)*		PTP (n = 1718)*		p
	n	%	n	%	
Natimorto	3	0,9	28	1,6	0,3
Apgar <7 (1º min)	5	14,1	220	12,8	0,53
Apgar <7 (5º min)	7	2,2	44	2,6	0,85
Capurro <37 sem	52	16,9	94	5,8	0,000001
Peso < 2.500 g	71	22,2	182	10,7	0,000001
Peso > 4.000 g	24	7,5	80	4,7	0,006

*excluídos ignorados – 3/28
**teste exato de Fisher

Discussão

Os resultados obtidos mostraram que, ao longo dos 13 anos deste estudo, houve decréscimo na realização de CE em mulheres com uma cesárea anterior e que a PTP não aumentou a ocorrência de complicações puerperais imediatas graves ou de resultados perinatais desfavoráveis.

Analisando-se a indicação de parto em 1986, a frequência de CE era de 22,6% e manteve-se em torno de 20% até 1992, quando caiu para 17,5%. A partir deste ano, veio diminuindo paulatinamente, ficando este decréscimo mais evidente a partir dos anos de 1994 e 1995. Neste período, esta taxa passou de 13,2 para 8,3% e manteve-se abaixo de 8% desde então, tendo sido de 5% em 1998. Esta diminuição da CE pode estar refletindo, com alguns anos de defasagem, a tendência mundial de se reduzir a repetição automática da cesárea neste grupo de mulheres, justificado pelo baixo risco da PTP e como estratégia para diminuir as taxas globais de cesárea¹⁶.

No presente estudo, não houve diferença entre os grupos quando considerada a ocorrência de rotura uterina, realização de histerectomia e inclusive de óbito materno. Ocorreram dois casos de óbito materno, sem relação com a decisão pela via de parto. As complicações graves ocorreram em pequeno número, entretanto observou-se mai-

or frequência de rotura uterina no grupo submetido a PTP e de histerectomia no grupo de CE, sem significação estatística. Globalmente, no grupo de CE foram 5 casos de complicações puerperais, sendo 2 de rotura uterina e 2 histerectomias intraparto, ao passo que no grupo de PTP foram 22 casos, sendo 17 de rotura uterina e 4 histerectomias, perfazendo percentual de complicações maternas graves de 1,2% para os dois grupos. Flamm et al.¹⁷, analisando 7229 pacientes, observaram 1% de rotura uterina. Em recente metanálise¹⁸ que incluiu 15 estudos, com um total de 47682 mulheres, a rotura uterina foi duas vezes mais freqüente entre as mulheres submetidas a PTP do que entre aquelas que realizaram CE (OR = 2,10; IC = 1,45-3,50), entretanto a morbidade materna febril, bem como a necessidade de transfusão sangüínea e histerectomia, foram menores quando a PTP foi realizada.

No estudo em questão, quando considerado apenas o grupo submetido a PTP, dos 17 casos de rotura uterina, em 12 o parto se ultimou por cesárea e nos outros 5 casos o parto foi vaginal.

Numa tentativa de extrapolação, estudos recentes têm identificado o uso de ocitocina durante o trabalho de parto, neste grupo de gestantes, como fator de risco para rotura uterina^{19,20}. No nosso estudo a ocitocina foi utilizada apenas em 3 casos (25%) e os 3 evoluíram para cesárea (2 por desproporção céfalo-pélvica (DCP) e 1 por apresentação composta). As demais indicações de cesárea foram: sofrimento fetal agudo, hipertensão arterial descontrolada e descolamento prematuro de placenta (1 caso). Os resultados neonatais mostraram que os 12 RN nascidos por cesárea tiveram Apgar ≥ 7 no 5º minuto de vida. Quanto aos 5 casos que evoluíram para parto vaginal, não foi feita indução do parto em nenhum deles e o Apgar foi ≥ 7 em 4 casos (80%). A histerectomia foi realizada em 2 cesáreas indicadas por DCP, sem utilização de ocitocina no trabalho de parto, e o Apgar foi > 7 nos 2 casos. Quando a histerectomia foi realizada após PTP (2 casos), observou-se que estas mulheres não tiveram seus partos induzidos e o Apgar de 5 min foi > 7 em ambos.

Em relação aos casos de morte materna, ocorreram dois óbitos, um em cada grupo, entretanto não se pode atribuí-los à via de parto ou às suas possíveis complicações. A primeira paciente, com 23 anos, foi submetida à CE por síndrome HELLP, em 1987. Evoluiu para histerectomia total abdominal, ligadura das artérias hipogástricas e óbito por coagulopatia. A segunda paciente, com 35 anos, do grupo PTP, evoluiu para parto fórcepe de Kielland, apresentando hemorragia incoercível por atonia uterina no pós-parto imediato, falecendo seis horas após a histerectomia. Como dado relevante, relata-se a maior frequência de acretismo placentário, intimamente ligado ao antecede-

dente de cesárea (duas ou mais, principalmente) e à placenta prévia²¹. Em nenhum dos dois casos ocorreu rotura uterina e os recém-nascidos evoluíram bem.

Na avaliação dos resultados perinatais, observou-se que a PTP não conferiu risco estatisticamente significativo para RN deprimidos, quando comparada ao grupo de CE. Este resultado difere daqueles de alguns estudos internacionais que observaram grande número de RN, sugerindo que tamanho amostral maior seja necessário para que se chegue a conclusões definitivas sobre o assunto.

Socol e Peaceman²² observaram que a PTP conferiu aumento do risco para índice de Apgar de 5º minuto <7 em RN de mulheres com antecedente de cesárea que evoluíram para PVAC, analisando 28297 partos. Deste total, 2082 tinham o antecedente de uma ou mais cesáreas e foram admitidas para PTP. Em outro estudo²³, na Escócia, que incluiu 313238 RN de termo e em apresentação cefálica, 15515 eram de mulheres com cesárea prévia e a taxa de mortalidade perinatal foi de 12,9 por 10000 nascimentos. Este índice, embora baixo, foi cerca de 11 vezes maior que o risco observado quando a CE foi realizada, 2 vezes maior que o risco associado a outras múltiparas em trabalho de parto e similar ao risco entre nulíparas que tiveram trabalho de parto. Os autores concluem que, apesar de baixo, o risco absoluto de morte perinatal associado com a PTP em mulheres com cesárea prévia é significativamente mais alto do que aquele associado à CE e que houve acréscimo expressivo das mortes devidas a rotura uterina, comparado com outras mulheres em trabalho de parto.

Ainda quanto à análise dos RN, nossos resultados mostraram que para o grupo de CE houve maior prevalência de RN prematuros e de peso inferior a 2.500g ou superior a 4.000g, sugerindo associação destes resultados com possíveis condições de morbidade materna prévia ou intercorrente na gravidez, representadas, principalmente, pela síndrome hipertensiva e pelo diabetes. Como esta correlação não foi testada, estes comentários são apenas especulativos. Da mesma maneira, as alterações do desenvolvimento fetal correspondentes a estas doenças maternas, ou seja, a presença de RCIU ou macrossomia fetal, respectivamente, poderiam explicar estes achados e, por conseguinte, a CE teria sido indicada com o intuito de proteger o binômio materno-fetal de resultados adversos. Em relação à síndrome hipertensiva, particularmente, d'Orsi et al.²⁴ atribuem o seu adequado controle durante a gestação como um dos fatores que podem reduzir o número de cesáreas de repetição, associado à redução da internação das parturientes em estágio precoce do trabalho de parto e à promoção da PTP entre as mulheres com uma cesárea prévia. Parece por-

tanto razoável supor que estes resultados neonatais e algumas características patológicas maternas são antes provavelmente determinantes da decisão de se proceder a cesárea eletiva, do que conseqüências advindas dessa decisão.

No que diz respeito ao intervalo interparto, não houve diferença significativa entre os grupos de CE ou PTP. Entretanto, a literatura tem associado os intervalos menores que 24 meses entre os partos como fator de risco para cesárea de repetição²⁵, pelo possível maior risco de rotura uterina. No grupo PTP, dos 17 casos de rotura uterina, em apenas 4 (23%) este intervalo era menor que 24 meses. Nos 4 casos que evoluíram para histerectomia puerperal, em 1 (25%) o intervalo interparto era menor que 24 meses. Também estes números são muito pequenos para afirmações conclusivas.

Dentre as variáveis maternas de controle, a idade de 35 anos ou mais, o diagnóstico de doença materna prévia ou atual, bem como a alteração volumétrica do líquido amniótico diferiram significativamente entre os grupos, permitindo observar que, nesta avaliação, a CE foi indicada nas condições que, direta ou indiretamente, eram desfavoráveis ao parto vaginal, por acarretarem potenciais riscos adicionais de sofrimento fetal durante a PTP. Dessa forma, é importante reafirmar que os dois grupos são de fato distintos, já que a decisão por uma CE ou PTP não foi aleatoriamente tomada, mas por um conjunto de fatores ligados às próprias características dos casos, obedecendo a alguns critérios de condutas assistenciais da instituição e/ou de consenso na especialidade.

Estas observações vêm reforçar a necessidade de se estudar a morbidade materna e neonatal associadas com PTP e não apenas o risco associado ao parto vaginal após cesárea. Deste modo, permitir-se-á a predição mais acurada do risco individualizado e melhor identificação das mulheres cuja tentativa de PTP represente opção segura. Provavelmente a única maneira de esclarecer definitivamente a questão, quantificando os possíveis riscos associados a cada uma das duas alternativas, CE ou PTP, seja a realização de grandes megaestudos multicêntricos, testando aleatoriamente as duas possibilidades de intervenção em casos de gestantes com uma cesárea anterior.

ABSTRACT

Purpose: to compare maternal morbidity, neonatal results and some clinical and epidemiological characteristics among primiparous women who had one previous cesarean section,

according to the performance of elective cesarean (EC) section or trial of labor (TL) during the second delivery.

Patients and Methods: this is a retrospective cross-sectional study on the second delivery of women who previously had a cesarean section and were assisted at the Center for Integral Assistance to Women's Health (CAISM/UNICAMP), from 1986 to 1998. Data were collected from 2068 clinical records corresponding to 322 cases of EC and 1746 of TL. Data analysis was performed through percentage distribution of the EC and TL cases and also the distribution of variables between these two groups, using the χ^2 , χ^2 for trend and Fisher exact tests to evaluate the statistical difference, with a significance level of 95%.

Results: the indication of EC decreased progressively with time, from 22.6% in 1986 to 5% in 1998. Maternal morbidity was similar and low in both groups (1.24% and 1.21%). There was no significant difference between groups regarding Apgar score and stillbirths, but there was a significantly higher proportion of premature newborns and with birth weight below 2.500 g and above 4.000 g in the group who underwent EC. The prevalence of EC was significantly higher in women 35 or more years old, with previous or current history of hypertensive disorder, diabetes or with a first dead child, as well as with changes in the volume of amniotic fluid.

Conclusions: performing TL progressively increased during this period of thirteen years, without any increase of maternal and/or neonatal morbidity. The indication for EC followed medical criteria related to unfavorable maternal and/or fetal clinical conditions for vaginal delivery.

KEYWORDS: Cesarean section. Labor. Delivery: complications.

Referências

- Nahoum JC. Futuro obstétrico da paciente operada de cesárea. *Femina* 1989; 17:605-10.
- Cragin E. Conservatism in obstetrics. *NY Med J* 1916; 104:1-3.
- Flamm BL. Once a cesarean, always a controversy. *Obstet Gynecol* 1997; 90:312-5.
- Grobman WA, Peaceman AM, Socol ML. Cost-effectiveness of elective cesarean delivery after one prior low transverse cesarean. *Obstet Gynecol* 2000; 95:745-51.
- Lavin JP, Stephens RJ, Miodovnik M, Barden TP. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1982; 59:135-48.
- Mathias L, Paschoal PS, Amorim AL, Lessa DV. Prognóstico obstétrico de gestante com cesárea anterior. *Ginecol Obstet Bras* 1982; 5:193-8.
- Potter JE, Berquó E, Perpétuo IH, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001; 323:1155-8.
- Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo...ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1303-11.
- Faúndes A, Perpétuo IH. Cesárea por conveniência e a ética médica. *Ser Med* 2002; 19:32-4.
- McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olsham AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335:689-95.
- Flamm BL, Lim OW, Jones C, Fallon D, Newman LA, Mantis JK. Vaginal birth after cesarean section: results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:1079-84.
- Santos LC, Amorim MMR, Porto AMF, Azevedo EB, Mesquita CC. Fatores prognósticos para o parto transvaginal em pacientes com cesárea anterior. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1998; 20:342-9.
- Cecatti JG, Andreucci CB, Cacheira PS, Pires HMB, Silva JLP, Aquino MMA. Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22:175-9.
- Reddy UM, DiVito MM, Armstrong JC, Hyslop T, Wapner RJ. Population adjustment of the definition of the vaginal birth after cesarean rate. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1166-9.
- Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Labor after previous cesarean: influence of prior indication and parity. *Obstet Gynecol* 2000; 95:913-6.
- Turner MJ. Delivery after one previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176:741-4.
- Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994; 83:927-32.
- Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1187-97.
- 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; 345:3-8.
- Lieberman E. Risk factors for uterine rupture during a trial of labor after cesarean. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44:609-21.
- Torloni MR, Moron AF, Camano L. Placenta prévia: fatores de risco para o acretismo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2001; 23:417-22.
- Socol ML, Peaceman AM. Vaginal birth after cesarean: an appraisal of fetal risk. *Obstet Gynecol* 1999; 93:674-9.
- Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA* 2002; 287:2684-90.
- d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Barbosa GP, et al. Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 97:152-7.
- 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; 99:41-4.

Recebido em: 25/3/2003

Aceito com modificações em: 11/4/2003