

Via de parto em caso de cesariana em gestação anterior





Via de parto em caso de cesariana em gestação anterior

Autoria: FEBRASGO

Participantes: Ricardo Simões, Wanderley M. Bernardo, Antonio J. Salomão,
Edmund C. Baracat

Diagramação: Ana Paula Trevisan

Introdução

Ao longo das últimas décadas tem sido evidente o aumento nas taxas de parto cesariano em todo o mundo, sobretudo em países desenvolvidos. Quase um terço de todos os nascimentos nos Estados Unidos ocorre por meio do parto cesariano e a proporção de ambos, primeira cesárea e cesárea de repetição continua aumentando a cada ano ¹ (A) ³ (D).

Procedimento de execução relativamente simples, o parto cesariano apresenta riscos inerentes à sua indicação, predispondo a diversas complicações como infecção puerperal, gravidez ectópica e acidentes tromboembólicos, especialmente quando da sua repetição. O risco de morte materna é maior, bem como a ocorrência de infecção, hemorragia e acidentes anestésicos, que

tornam a morbidade materna também maior do que aquela observada para o parto vaginal. Complicações tardias, principalmente a má implantação placentária na gestação posterior (placenta de inserção baixa com variados graus de acretismo), estão diretamente relacionadas ao antecedente de cesárea² (**B**). A morbidade materna aumenta em resposta a cada cesárea adicional, especialmente para mulheres com três ou mais cesáreas que têm um risco elevado de placenta de inserção baixa, acreta e histerectomia¹ (**A**).

Com relação ao feto, embora a cesárea seja salvadora de vidas quando indicada por prolapso de cordão, descolamento prematuro de placenta, desproporção cefalopélvica e sofrimento fetal agudo, por exemplo, também pode levar a maior risco de prematuridade iatrogênica e desconforto respiratório neonatal, quando realizada sem uma indicação precisa² (**B**).

Contudo, apesar das complicações relacionadas à prova de trabalho de parto (PTP) em gestantes com cesárea anterior serem mínimas, não são ausentes devendo desta maneira ser valorizadas.

Objetivo

O objetivo desta revisão é fornecer a melhor evidência disponível na atualidade sobre a **morbimortalidade materna** relacionada à **via de parto** (vaginal ou cesariano) **em caso de cesariana em gestação anterior**.

Material e método

A obtenção da evidência a ser utilizada para análise da morbimortalidade materna relacionada à via de parto elegida em caso de cesariana em gestação

anterior seguiu os passos de: elaboração da questão clínica, estruturação da pergunta, busca da evidência, avaliação crítica e seleção da evidência.

1. DÚVIDA CLÍNICA

A realização da **cesariana eletiva em caso de cesariana em gestação anterior** encontra-se relacionada a menor **morbimortalidade materna** em comparação ao **parto vaginal?**

2. PERGUNTA ESTRUTURADA

A dúvida clínica é estruturada por meio dos componentes do **P.I.C.O.**

(**P** (Paciente); **I** (Intervenção); **C** (Comparação); **O** (“Outcome”).

P: Cesariana em gestação anterior

I: Parto cesariano

C: Parto vaginal

O: Morbimortalidade materna

3. BASES DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA CONSULTADAS

As bases de informação científica consultadas foram PubMed-Medline e Cochrane. Busca manual a partir de referências de revisões (narrativas ou sistemáticas) também foi realizada.

4. ESTRATÉGIAS DE BUSCA DA EVIDÊNCIA

PubMed-Medline

Estratégia: (Cesarean Section, Repeat OR Repeat Cesarean Section OR Cesarean Sections, Repeat OR Repeat Cesarean Sections OR Section, Repeat Cesarean OR Sections, Repeat Cesarean) AND (Trial of Labor OR Vaginal Birth

after Cesarean OR Vaginal Birth after Cesareans OR Vaginal Births after Cesarean).

[Cochrane](#)

Estratégia: Repeat Cesarean Section.

5. Trabalhos recuperados (01/05/2014)

BASE DE INFORMAÇÃO	NÚMERO DE TRABALHOS
Primária	
PubMed-Medline	584
Cochrane	43

Tabela 1 - Número de trabalhos recuperados com as estratégias de busca utilizadas para cada base de informação científica

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS TRABALHOS RECUPERADOS

A seleção dos estudos, a avaliação dos títulos e resumos obtidos com a estratégia de busca nas bases de informação consultadas foi conduzida por dois pesquisadores com habilidade na elaboração de revisões sistematizadas, de forma independente e cegada, obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos previamente (ver item 6.2), separando-se por fim os trabalhos com potencial relevância. Quando o título e o resumo não fossem esclarecedores, buscou-se o artigo na íntegra.

6.1 Desenho de estudo

Revisões narrativas, relatos de casos, séries de casos e trabalhos com apresentação de resultados preliminares foram excluídos da avaliação. Revisões sistemáticas e metanálises foram utilizadas com o princípio básico de recuperação de referências que porventura haviam sido perdidas em primeiro momento a partir da estratégia de busca inicial. Foram incluídos os trabalhos com desenho de coorte ou ensaios clínicos controlados (randomizados ou não).

Foram definidos como estudo coorte aqueles com seguimento das pacientes, mesmo histórico e análise de desfechos prognósticos.

Os ensaios clínicos controlados foram avaliados segundo o escore JADAD ⁴.

6.2 Componentes do P.I.C.O.

✓ Paciente

— Parturiente com feto único a termo em apresentação cefálica, submetida a um parto cesariano em gestação anterior (parto cesariano realizado por meio de cicatriz uterina transversa).

✓ Intervenção

— Parto cesariano eletivo.

✓ Comparação

— Parto vaginal.

✓ **“Outcome” (Desfecho)**

— Desfechos relacionados a **morbimortalidade materna**: morte materna, rotura uterina, deiscência de cicatriz de histerotomia (total ou parcial), complicações hemorrágicas (hemorragia no intra e no pós-parto, com necessidade de transfusão sanguínea), retenção de restos placentários, histerectomia relacionada a qualquer complicação do nascimento, hematoma vulvar ou perineal (sendo necessário tratamento cirúrgico), eventos tromboembólicos, complicações de ferida operatória (infecção de ferida, deiscência ou dor), infecção puerperal, lesão de

intestino, bexiga ou ureter com necessidade de tratamento cirúrgico, ocorrência de fístula envolvendo o trato urinário, genital ou gastrointestinal, edema pulmonar, depressão pós-parto. Como desfechos maternos tardios incluem-se: complicações no aleitamento materno, dor perineal, dor abdominal, dispareunia, incontinência urinária, incontinência fecal, distopia genital, ocorrência de placenta de inserção baixa ou placenta acreta/percreta em gestação subsequente.

6.3 Idioma

Foram incluídos estudos disponíveis na língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola.

6.4 Segundo a publicação

Somente os trabalhos cujos textos completos encontravam-se disponíveis foram considerados para avaliação crítica.

7. TRABALHOS SELECIONADOS NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO

Após submeter a estratégia de busca às bases de informação primária (PubMed-Medline e Cochrane), a avaliação dos títulos e resumos possibilitou a seleção de nove estudos.

8. EVIDÊNCIA SELECIONADA NA AVALIAÇÃO CRÍTICA E EXPOSIÇÃO DOS RESULTADOS

Os trabalhos considerados para leitura em texto completo foram avaliados criticamente segundo os critérios de inclusão e exclusão, por desenho de estudo, **P.I.C.O.**, língua e disponibilidade do texto completo (itens 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4).

Os resultados referentes à situação clínica considerada serão expostos individualmente, através dos seguintes itens: questão clínica, número de trabalhos selecionados (segundo os critérios de inclusão), descrição dos estudos (Tabela 2) e resultados e síntese da evidência disponível.

As referências relacionadas aos trabalhos incluídos estarão dispostas na Tabela 4 e no item referências bibliográficas.

Quando, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a evidência selecionada na busca era definida como ensaio clínico controlado randomizado (ECR), era submetida a um *Check-list* apropriado de avaliação crítica (Tabela 3). A avaliação crítica do ECR permite classificá-lo segundo o escore JADAD, considerando os ensaios JADAD < três (3) como

inconsistentes (grau B), e aqueles com escore \geq três (3), consistentes (grau A). Para análise crítica dos estudos não randomizados, dentre os quais incluem-se os estudos prospectivos observacionais, foi utilizada a escala Newcastle-Ottawa ⁵.

Para resultados com evidência disponível serão definidos de maneira específica, sempre que possível, a população, a intervenção, os desfechos, a presença ou ausência de benefício e/ou dano e as controvérsias.

Não será incluído nos resultados, questões relacionadas a custo.

Os resultados serão expostos preferencialmente em dados absolutos, risco absoluto, número necessário para tratar (NNT), ou número para produzir dano (NNH), e eventualmente em média e desvio padrão.

As referências relacionadas aos trabalhos incluídos e excluídos estarão dispostas no item referências bibliográficas.

Planilha para descrição dos estudos e exposição dos resultados

Evidência incluída

Desenho do estudo

População selecionada

Tempo de seguimento

Desfechos considerados

Expressão dos resultados: porcentagem, risco, odds, hazard ratio

Tabela 2 - Planilha utilizada para descrição dos estudos incluídos e exposição dos resultados

Roteiro de avaliação crítica de ensaio clínico controlado randomizado (Check-list)

Dados do estudo Referência, Desenho de estudo, JADAD, força da evidência	Cálculo da amostra Diferenças estimadas, poder, nível de significância, total de pacientes
Seleção dos pacientes Critérios de inclusão e exclusão	Pacientes Recrutados, randomizados, diferenças prognósticas
Randomização Descrição e alocação vendada	Seguimento dos pacientes Tempo, perdas, migração
Protocolo de tratamento Intervenção, controle e cegamento	Análise Intenção de tratamento, analisados

	intervenção e controle
Desfechos considerados Principal, secundário, instrumento de medida do desfecho de interesse	Resultado Benefício ou dano em dados absolutos, benefício ou dano em média

Tabela 3 - Roteiro de avaliação crítica de ensaios clínicos controlados randomizados (Check-list)

Questão clínica

A realização da **cesariana eletiva** em caso de **cesariana em gestação anterior** encontra-se relacionada a menor **morbimortalidade materna** em comparação ao **parto vaginal**?

Evidência selecionada

Tipo de publicação	Incluídos
Ensaio clínico randomizado Estudo coorte concorrente Estudo coorte não concorrente	9 ⁶⁻¹⁴

Tabela 4 – Processo seletivo

Os principais motivos de exclusão dos trabalhos foram: desenho de estudo diferente dos ensaios clínicos longitudinais observacionais (retrospectivos ou prospectivos) ou experimentais (ensaios clínicos controlados, randomizados ou não); ausência do texto completo; seleção de mulheres para a realização de parto cesariano eletivo não consideradas susceptíveis à prova de trabalho de parto; estudos que não avaliaram as duas abordagens concomitantemente; estudos que incluíram populações com características peculiares como gestação gemelar, apresentação pélvica e mais de uma cicatriz de cesariana.

Resultados da evidência selecionada.

Dos 584 artigos inicialmente recuperados, nove foram selecionados para sustentar a síntese da evidência referente a morbimortalidade materna relacionada a via de parto em caso de cesariana em gestação anterior. Os trabalhos incluídos estão relacionados na **Tabela 4**.

1. Crowther CA, et al. PLoS Med. 2012;9(3):e1001192⁶ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional concorrente no qual se aninhou ensaio clínico randomizado.

POPULAÇÃO: 2.345 gestantes com uma cesárea anterior elegíveis para parto vaginal planejado foram recrutadas em 14 centros. Pacientes com feto a termo (idade gestacional \geq 37 semanas) foram alocadas de acordo com a preferência

(n=2.323) ou randomizadas (n=22) para o parto vaginal planejado ou para a cesariana eletiva.

DESFECHO: Avaliar, como desfecho primário, morbimortalidade perinatal e neonatal, excluindo-se casos relacionados a anomalias congênitas fatais. Foram analisados traumas ao nascimento (fraturas ósseas, hematoma subdural, hemorragia cerebral ou intraventricular), lesão de medula, lesão de nervo periférico, convulsão (dentro das primeiras 24 horas do nascimento ou necessidade de dois ou mais fármacos para controle), escore de Apgar < 4 em cinco minutos, necessidade de ventilação pulmonar, permanência em unidade de terapia intensiva neonatal por período superior a quatro dias.

Como **desfecho secundário**, avaliar morbimortalidade materna incluindo morte materna, rotura uterina, hemorragia severa, necessidade de transfusão

sanguínea, necessidade de curetagem uterina pela presença de restos ovulares, histerectomia, necessidade de tratamento cirúrgico de hematoma vulvar ou perineal, embolia pulmonar, eventos tromboembólicos, pneumonia, infecção de ferida operatória, deiscência, lesão de bexiga, ureter ou intestino com necessidade de correção cirúrgica, fístula do trato genital.

RESULTADO: Das 2.345 gestantes 1.108 foram submetidas ao parto cesariano eletivo sendo 10 destas randomizadas para tal e 1.237 submetidas ao parto vaginal planejado (sendo 12 randomizadas para esta via de parto). Neste estudo foi possível identificar que naquelas mulheres submetidas ao parto cesariano eletivo, desfechos relacionados a morbimortalidade perinatal e neonatal foram significativamente menores em detrimento àquelas submetidas ao parto vaginal planejado (0,9% *versus* 2,4% respectivamente).

Com relação aos desfechos secundários, relativos a morbimortalidade materna, não foi identificada diferença significativa entre os grupos (RR=0,69 com IC95%: 0,46 a 1,05). Deve-se observar que os dados aqui relatados são referentes ao estudo coorte, uma vez que dada a pequena amostra de pacientes randomizadas, os riscos não foram possíveis de se estimar.

2. Landon MB, et al. N Engl J Med. 2004;351(25):2581-9⁷ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional prospectivo multicêntrico (1999 a 2002).

POPULAÇÃO: Dentre as 45.988 mulheres que apresentavam gestação única e história de um parto cesariano prévio, n=17.898 foram submetidas à prova de

trabalho de parto e 15.801 submetidas ao parto cesariano eletivo. Devemos deixar claro que entre estes dois grupos heterogeneidade existia principalmente com relação à idade materna, etnia, tabagismo, índice de massa corporal, história de parto vaginal, número de cesáreas anteriores, presença de doença materna ou doença obstétrica, peso e idade gestacional ao nascimento.

DESFECHO: Avaliar morbimortalidade materna, perinatal e neonatal.

RESULTADO: Identificou-se, ao longo dos quatro anos, **maior morbimortalidade materna, no que diz respeito a necessidade de transfusão sanguínea e ocorrência de endometrite entre mulheres submetidas à prova de trabalho de parto em detrimento ao parto cesariano eletivo (RR=0,589 com IC95%: 0,484 a 0,716 e RR=0,624 com IC95%: 0,540 a 0,722**

respectivamente). Analisando-se casos de rotura uterina, observou-se que 124 casos foram relatados entre mulheres submetidas à prova de trabalho de parto *versus* a ausência deste desfecho para os nascimentos que ocorreram por meio do parto cesariano.

Com relação a ocorrência de morte materna e necessidade de histerectomia não se identificou diferença entre os dois grupos.

Analisando-se a morbimortalidade neonatal, identificou-se a totalidade das ocorrências de encefalopatia hipóxico-isquêmica entre os nascidos pela via vaginal (12 casos) *versus* a ausência deste desfecho para o parto cesariano eletivo.

3. Eriksen NL, et al. Am J Perinatol. 1989;6(4):375-9⁸ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente.

POPULAÇÃO: Prontuários de 152 gestantes com um parto cesariano anterior foram revistos. 68 mulheres foram submetidas ao parto cesariano eletivo e 73 submetidas ao parto vaginal programado.

DESFECHO: Morbimortalidade materna, perinatal e neonatal.

RESULTADO: Com relação a **morbimortalidade materna e neonatal, não se identificou diferença entre as duas vias de parto.**

4. Flamm BL, et al. Obstet Gynecol. 1994;83(6):927-32⁹ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional prospectivo.

POPULAÇÃO: Das 7.229 mulheres com um parto cesariano anterior, 5.022 foram submetidas a prova de trabalho de parto e 2.207 ao parto cesariano eletivo.

DESFECHO: Morbimortalidade materna.

RESULTADO: A necessidade de transfusão sanguínea e a incidência de intercorrência febril no pós-parto foram significativamente maiores entre mulheres submetidas ao parto cesariano eletivo.

5. Loebel G, et al. J Matern Fetal Neonatal Med. 2004;15(4):243-6¹⁰ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente.

POPULAÇÃO: Prontuários de 1.408 gestantes (parturientes com gestação única a termo com uma cesariana anterior) foram revistos.

DESFECHO: Morbimortalidade materna, perinatal e neonatal.

RESULTADO: Com relação a **morbimortalidade materna não se identificou diferença significativa no que diz respeito a necessidade de transfusão sanguínea, infecção, rotura uterina e lesão cirúrgica entre as duas vias de parto. Já, analisando-se a morbimortalidade neonatal, foi possível identificar maior frequência, entre os nascidos por parto cesariano, de complicações respiratórias ($p < 0,05$).**

6. Blanchette H, et al. Am J Obstet Gynecol. 2001;184(7):1478-84¹¹ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente (1988 a 2000).

POPULAÇÃO: Prontuários de 308.755 gestantes com uma cesariana anterior foram revistos.

DESFECHO: Morbimortalidade materna.

RESULTADO: Com relação à ocorrência de rotura uterina, necessidade de transfusão sanguínea e histerectomia, identificou-se que estas foram mais frequentes entre mulheres submetidas à prova de trabalho de parto, contudo, entre estas mulheres, a taxa de mortalidade materna, foi menor em detrimento àquelas submetidas ao parto cesariano eletivo.

7. Paterson CM, et al. BMJ. 1991;303(6806):818-21¹² (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente.

POPULAÇÃO: Prontuários de 1.059 parturientes com feto único a termo e uma cesariana anterior foram revistos.

DESFECHO: Morbimortalidade pós-natal.

RESULTADO: 395 mulheres foram submetidas ao parto cesariano eletivo e 664 foram submetidas a prova de trabalho de parto. 71% das mulheres submetidas a prova de trabalho de parto deram a luz por meio desta via de parto (parto vaginal). **Neste estudo pode-se identificar que tanto pacientes submetidas ao parto cesariano eletivo quanto naquelas onde a cesárea foi realizada por falha no trabalho de parto maior morbidade materna (infecção pós-natal) foi identificada, em comparação ao parto pela via vaginal.**

8. Wen SW, et al. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(4):1263-9¹³ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente (1988 a 2000).

POPULAÇÃO: Prontuários de 308.755 mulheres com história de uma cesariana anterior foram revistos.

DESFECHO: Morbimortalidade materna.

RESULTADO: Identificou-se que o risco de **rotura uterina foi maior entre mulheres submetidas à prova de trabalho de parto em comparação àquelas submetidas a cesariana eletiva (RR=2,59 com IC95%: 2,31 a 2,91). Com relação à necessidade de histerectomia, não se identificou diferença significativa entre os grupos.**

Analisando-se a ocorrência de infecção pós-parto e necessidade de transfusão sanguínea, observou-se menor risco destes desfechos entre mulheres submetidas à prova de trabalho de parto (RR=0,81 com IC95%: 0,724 a 0,908 e RR=1,27 com IC95%: 1,068 a 1,521).

9. McMahon MJ, et al. N Engl J Med. 1996;335(10):689-95¹⁴ (B).

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente (1986 a 1992).

POPULAÇÃO: Prontuários de 6.138 mulheres com história de uma cesariana anterior foram revistos (submetidas à prova de trabalho de parto (n=3.249) ou parto cesariano eletivo (n=2.889)).

DESFECHO: Morbimortalidade materna e neonatal.

RESULTADO: Identificou-se que o risco de ocorrência de complicações severas dentre as quais citam-se **rotura uterina, necessidade de histerectomia e lesão cirúrgica, foram maiores entre pacientes submetidas à prova de trabalho de parto em comparação àquelas submetidas a cesariana eletiva (RR=1,96 com IC95%: 1,18 a 3,26). Com relação às complicações ditas menores (necessidade de transfusão sanguínea, febre puerperal e infecção de ferida operatória), não se identificou diferença significativa entre os**

grupos (RR=0,82 com IC95%: 0,68 a 1,0). Analisando-se os escores de Apgar, necessidade de admissão em unidade de terapia intensiva neonatal e mortalidade perinatal, não se identificou diferença entre os dois grupos.

Discussão

Pelo que ficou exposto, identifica-se carência de estudos controlados analisando a melhor via de parto nos casos de cesariana em gestação anterior.

Lastreada sobretudo por estudos observacionais, na sua maioria retrospectivos, evidências atuais analisando os desfechos de morbimortalidade materna relacionada à via de parto nesta situação clínica apresenta fragilidade, principalmente em virtude dos vieses inerentes a este tipo de estudo em particular ⁶⁻¹⁴ (**B**). Heterogêneos quanto a metodologia empregada na aferição dos desfechos; distintas características das mulheres incluídas (índice de massa corporal, idade, etnia, antecedentes obstétricos, idade gestacional) bem como dos recém nascidos (principalmente com relação ao peso ao nascimento), assim como períodos distintos de tempo entre o início do estudo e seu término e período de seguimento (no qual a condução do trabalho de parto em termos de tecnologia e taxas de prova de trabalho de parto se alteraram), são apenas alguns pontos apresentados que contribuem

para a dificuldade de se encontrar evidências definitivas sobre qual a melhor via de parto, gerando dificuldade de análise da verdadeira magnitude dos benefícios e riscos nos casos de cesariana em gestação anterior, permanecendo portanto as dúvidas sobre se realmente a indicação da cesariana eletiva nestas pacientes seria superior à indicação da prova de trabalho de parto, em termos de efetividade e segurança.

O estudo de Landon et al. (2004), torna explícita as dificuldades apresentadas anteriormente uma vez que mesmo sendo o estudo longitudinal prospectivo observacional mais importante conduzido para avaliação deste desfecho, identifica-se com facilidade vieses inerentes a este desenho de estudo, que comprometem sua análise ⁷ (**B**). Neste estudo, apesar das mulheres incluídas em ambos os grupos serem na sua grande maioria obesas, com IMC > 30

Kg/m², apresentavam heterogeneidade principalmente quanto a idade materna, etnia, tabagismo, antecedentes obstétricos, fatores que conduziram à indicação do primeiro parto cesariano, doenças obstétricas, idade gestacional e peso do feto ao nascimento. Neste estudo, sendo ele multicêntrico, identificou-se taxas de prova de trabalho de parto muito variáveis entre os diversos centros incluídos (variando entre 18% até 63%) sendo que ao longo do período do estudo apresentaram diminuição (em 1999 apresentavam na média 48% de pacientes submetidas a prova de trabalho de parto, passando para 30% em 2002). Apesar disto, pode-se identificar um aumento significativo no número de complicações maternas nos casos de parturientes submetidas à prova de trabalho de parto (como necessidade de transfusão sanguínea diagnóstico de endometrite e rotura uterina), em detrimento àquelas

indicadas para cesariana eletiva, especialmente nos casos onde ocorreu falha na condução do trabalho de parto. Contudo, em virtude da heterogeneidade entre os grupos analisados e da exclusão da análise dos casos submetidos a cesariana eletiva no início do trabalho de parto tornam a interpretação destes resultados com amplitude limitada⁷ (**B**).

Em 2012, outro estudo longitudinal observacional também concorrente objetivando a análise dos desfechos relacionados a via de parto sobre a morbimortalidade materna (aqui considerado como desfecho secundário) foi publicado⁶ (**B**). Igualmente multicêntrico, este estudo foi menos questionado, em termos metodológicos em comparação ao primeiro aqui apresentado, uma vez que neste os grupos de certa forma, quando da análise por intenção de tratamento, foram homogêneos (excluindo-se o IMC, *status* socioeconômico e

indicação obstétrica da primeira cesariana). Neste estudo, não foi identificada diferença significativa entre os grupos, contudo, cabe ressaltar que o desfecho de interesse considerado (morbimortalidade materna expressa pela ocorrência de pelo menos uma complicação grave como morte, rotura uterina, complicações operatórias, sangramento, tromboembolismo e infecção) foi caracterizado como secundário⁶ (B).

Também em 2012, foi publicado estudo (uma análise secundária do estudo de coorte de Landon et al. publicado em 2004) que introduziu modelo de regressão logística múltipla. Desenvolvendo escore de propensão com controle dos fatores de confusão apresentados (heterogeneidade entre os grupos), apresentou como objetivo principal a comparação do prognóstico da via de parto em casos onde havia sido realizada cesariana anterior. Mesmo

após esta análise, em concordância aos achados relatados no estudo inicial, identificou-se que, a indicação de cesariana eletiva esteve associada, em detrimento à prova de trabalho de parto, a redução significativa no que se refere às complicações maternas ¹⁵ (B).

Recomendações finais

Com as evidências disponíveis na atualidade, identifica-se que a prova de trabalho de parto (PTP) é opção razoável para gestantes que apresentem uma cesariana anterior (realizada por meio de cicatriz uterina transversa).

Os dados disponíveis, originados de estudos longitudinais observacionais (concorrentes ou não), mostram que ambos, trabalho de parto e parto cesariano eletivo, em parturientes (com feto único em apresentação cefálica) que apresentem uma cicatriz uterina anterior associam-se a importantes riscos e benefícios que diferem para a mãe e para o feto (risco de rotura uterina, morbidade febril, necessidade de transfusão sanguínea e histerectomia).

Características que se associam claramente a uma evolução favorável da prova de trabalho de parto são a indicação da primeira cesárea (por fator não recorrente) e o antecedente de parto vaginal, no caso das múltiparas com uma cesárea anterior.

Enquanto os dados não forem conclusivos a respeito da melhor via de parto nesta situação, deverá ser de ajuda o reconhecimento dos fatores prognósticos associados ao fracasso da prova de trabalho de parto, como tentativa de selecionar melhor as parturientes que deveriam ser efetivamente submetidas a este procedimento.

Referências

1. Marshall NE, Fu R, Guise J-M. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:262.e1-8.
2. Matias JP, Parpinelli MA, Cecatti JG. A prova de trabalho e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(2): 109-15.
3. NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Volume 27, Number 3 March 8-10, 2010.
4. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996; 17:1-12.

5. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. Acessado 10 Fevereiro 2014.
6. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS; Birth After Caesarean Study Group. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS Med.* 2012;9(3):e1001192. PubMed PMID: 22427749.
7. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M,

Carpenter M, Peaceman AM, O'Sullivan MJ, Sibai B, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM, Gabbe SG; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2004;351(25):2581-9. PubMed PMID: 15598960.

8. Eriksen NL, Buttino L Jr. Vaginal birth after cesarean: a comparison of maternal and neonatal morbidity to elective repeat cesarean section. *Am J Perinatol.* 1989;6(4):375-9. PubMed PMID: 2789534.

9. 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(6):927-32. PubMed PMID: 8190433.

10. 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;15(4):243-6. PubMed PMID: 15280132.
11. Blanchette H, Blanchette M, McCabe J, Vincent S. Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184(7):1478-84; discussion 1484-7. PubMed PMID: 11408871.
12. Paterson CM, Saunders NJ. Mode of delivery after one caesarean section: audit of current practice in a health region. *BMJ.* 1991;303(6806):818-21. PubMed PMID: 1932972.

13. Wen SW, Rusen ID, Walker M, Liston R, Kramer MS, Baskett T, Heaman M, Liu S; Maternal Health Study Group, Canadian Perinatal Surveillance System. 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;191(4):1263-9. PubMed PMID: 15507951.
14. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med.* 1996;335(10):689-95. PubMed PMID: 8703167.
15. Gilbert SA, Grobman WA, Landon MB, Spong CY, Rouse DJ, Leveno KJ, Varner MW, Caritis SN, Meis PJ, Sorokin Y, Carpenter M, O'Sullivan MJ, Sibai BM, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM; Eunice Kennedy Shriver National

Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Elective repeat cesarean delivery compared with spontaneous trial of labor after a prior cesarean delivery: a propensity score analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(4):311.e1-9. PubMed PMID: 22464069.