

Parto vaginal após cesárea prévia em um hospital de ensino**Vaginal delivery after previous cesarean section in a teaching hospital****Parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital de enseñanza****Recebido: 30/04/2020****Aprovado: 21/10/2020****Publicado: 03/03/2021****Mariana Torreglosa Ruiz¹****Elizabeth dos Santos Campos²****Patrícia Barbosa Cruz³****Mário Sérgio Silva Gomes Caetano⁴****Marina Carvalho Paschoini⁵**

Estudo transversal e retrospectivo a partir da análise de todos os prontuários de puérperas assistidas em um hospital de ensino de Minas Gerais, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2016. Seu objetivo foi estimar a taxa de sucesso em parto vaginal após uma cesárea prévia, e os fatores associados ao desfecho. Foram revisados 1.157 prontuários e, após a seleção, foram analisados 215 prontuários de puérperas submetidas a parto vaginal após uma cesárea prévia. A taxa de parto vaginal após cesárea prévia foi de 55,8%, sendo associado ao desfecho a ausência de intercorrências e/ou patologias durante a gestação; gestações a termo, e ter tido pelo menos um parto normal prévio. Constata-se a necessidade de realização de estudos sobre o tema, dada as recomendações recentes, fatores a serem elucidados e resultados ainda contraditórios a respeito do parto vaginal após cesárea prévia.

Descritores: Cesárea; Parto normal; Parto obstétrico.

This is a cross-sectional and retrospective study based on the analysis of all medical records of puerperal women assisted at a teaching hospital in the state of Minas Gerais, from January 1 to December 31, 2016. This study aims to estimate the success rate in vaginal delivery after a previous cesarean section, and the factors associated with their outcome. 1,157 medical records were reviewed and, after selection, 215 records of puerperal women submitted to vaginal delivery after a previous cesarean section were analyzed. The rate of vaginal delivery after previous cesarean section was 55.8%. The factors associated with the outcome were mainly absence of complications and/or pathologies during pregnancy, full-term pregnancies, and having had at least one previous vaginal birth. There is a need for studies on the subject, given the recent recommendations, factors to be cleared and still contradictory results regarding vaginal delivery after previous cesarean section.

Descriptors: Cesarean section; Natural childbirth; Delivery, Obstetric.

Estudio transversal y retrospectivo, basado en el análisis de todas las historias clínicas de puérperas atendidas en un hospital de enseñanza de Minas Gerais del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016, que tuvo como objetivo estimar la tasa de éxito del parto vaginal después de una cesárea previa, y los factores asociados al resultado. Se revisaron 1.157 historiales y, tras la selección, se analizaron 215 historiales de puérperas sometidas a partos vaginales después de una cesárea previa. La tasa de parto vaginal después de una cesárea previa fue del 55,8%, y el resultado se asoció a la ausencia de intercorrencias y/o patologías durante el embarazo; a los embarazos a término, y a haber tenido al menos un parto normal previo. Se observa la necesidad de realizar estudios sobre el tema, dadas las recientes recomendaciones, los factores que hay que dilucidar y los resultados aún contradictorios en relación con el parto vaginal después de una cesárea previa.

Descriptores: Cesárea; Parto normal; Parto obstétrico.

1. Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5199-7328 E-mail: marianatorreglosa@hotmail.com

2. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4890-6621 E-mail: elizabethcampos96@hotmail.com

3. Médica. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-3119-7638 E-mail: patricinha-barbosa@hotmail.com

4. Médico. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Mestre em Patologia. Professor Assistente do Curso de Graduação em Medicina da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6474-3511 E-mail: mscaetano@terra.com.br

5. Médica. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Mestre e Doutora em Medicina Tocoginecológica. Professora Adjunta do Curso de Graduação em Medicina da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2218-4747 E-mail: marinacp@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesáreas sejam inferiores a 10%, e não ultrapassem 15% de todos os partos^{1,2}. Apesar desta recomendação, 63% dos países extrapolam estas taxas, e apenas 28% apresentam índices menores que 10%³.

No Brasil, cesarianas são caracterizadas como problema de Saúde Pública devido à alta incidência de indicações inadequadas e/ou não justificáveis^{3,4}. Desde 2009, representam mais de 50% das vias de parto, apresentando-se em ascensão crescente⁵. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de 2016 apontam que 55,4% dos partos foram ultimados através de cesárea⁶, e a prevalência de cesáreas realizadas pela saúde suplementar alcança taxas de 80 a 90%⁷.

A OMS recomenda através de evidências fortes como medidas para redução eficaz destes índices: focar a atenção na educação de saúde das gestantes, uma vez que muitas optam pela cesárea devido a percepções errôneas e medo da dor; indicação de cesárea mediante uma segunda opinião (dupla indicação); rigorosa auditoria dos casos de pacientes submetidas à cesárea e inserção de obstetras/enfermeiros obstetras na assistência obstétrica¹.

Além disso, sugere-se que as instituições adotem estratégias para redução das cesáreas, como a Classificação de Robson⁸, utilizada para identificar quem são as mulheres que devem ser submetidas a cesáreas e seus possíveis resultados; e a calculadora *C-model*, que consiste em uma ferramenta de probabilidade de parto operatório⁹.

Na tentativa de controlar o alto índice de cesarianas, faz-se necessário evitar que primigestas, assim como parturientes que tiveram apenas uma cesárea prévia, sejam submetidas à cesárea, incentivando, sempre que possível, o parto vaginal¹⁰.

O parto vaginal após cesárea (PVAC) é uma evidência fortemente recomendada para redução das cesáreas, e envolve orientação das mulheres; conscientização de profissionais de saúde; adequações dos sistemas de saúde e fatores financeiros, consistindo em uma estratégia complexa e multifatorial¹¹. No Brasil, a taxa de sucesso de parto vaginal após uma cesárea prévia (PVAC) é de 57%, enquanto a taxa mundial varia de 60% a 80%¹⁰.

Evidências apontam que o PVAC está associado a maior satisfação e experiência positiva com o parto/nascimento; tempo de recuperação pós-parto mais rápido; baixa morbimortalidade materna e neonatal; maiores chances de novo parto vaginal no futuro; menores índices de depressão pós-parto; melhores índices de aleitamento materno exclusivo e menores índices de dor. Os riscos para o neonato e parturiente relacionado ao PVAC são semelhantes aos riscos de uma primigesta e a assistência contínua ao binômio está associado aos melhores desfechos^{12,13}.

No entanto, dois estudos de revisão, sendo que a primeira consistiu na análise de dois ensaios clínicos com inclusão de 320 mulheres¹⁴, e a segunda apontou inexistência de ensaios clínicos randomizados e controlados¹⁵, alertam que o PVAC deve ser escolhida diante de decisões cuidadosas e cautelosas^{14,15}. Assim, sugere-se avaliação caso-a-caso^{12,13}.

Dado que a cesárea é um problema de Saúde Pública no Brasil e apresenta crescimento alarmante; visto ainda que a taxa de sucesso do PVAC é em média de 60 a 80%, e que, com monitoramento adequado, o binômio mãe-bebê apresenta evidências positivas descritas, faz-se necessário conhecer os índices de sucesso do parto vaginal após cesárea prévia em um hospital de ensino. Assim, este estudo teve como o objetivo estimar a taxa de sucesso de parto vaginal após uma cesárea prévia, e os fatores associados ao desfecho.

MÉTODO

Trata-se de estudo de delineamento não experimental, retrospectivo, de abordagem quantitativa, sobre a prevalência de partos vaginais após uma cesárea prévia em puérperas assistidas em um hospital de ensino.

Contextualizando, o hospital é referência para resolução de gestações de alto risco, moléstias infecciosas no ciclo gravídico-puerperal, pré-natal patológico das cidades do Triângulo Sul de Minas Gerais (27 cidades) e de gestações normais de pré-natal realizados no ambulatório e no Distrito I de Uberaba (cerca de 150.000 habitantes) e de todas as cidades do Triângulo Sul de Minas Gerais que não possuem hospital.

O estudo foi realizado a partir da análise de todos os prontuários de puérperas que foram assistidas nas unidades de Alojamento Conjunto, considerando o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2016.

Os dois pesquisadores foram capacitados e calibrados pelo pesquisador principal (docente) e os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2018.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFTM, com o parecer número 2.496.650, de 16 de fevereiro de 2018. Desta forma, todo o seu desenvolvimento foi guiado e pautado pelas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução 466/12/CNS/MS.

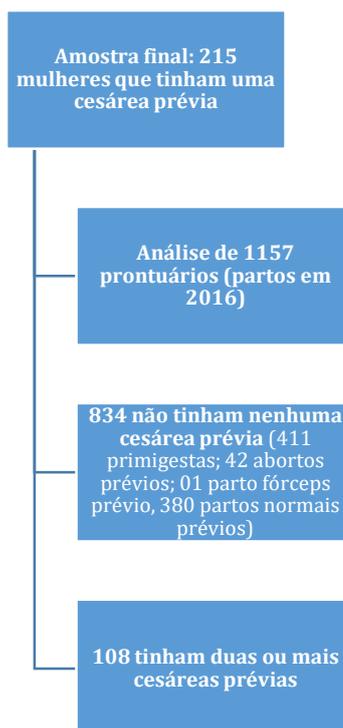
Utilizou-se instrumento próprio para coleta dos dados, contendo variáveis sociodemográficas e obstétricas, testado mediante estudo-piloto. Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Excel*[®], com técnica de dupla digitação e após realizada a validação do banco.

Os dados foram importados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 23), inicialmente realizou-se a análise por estatística descritiva simples e os dados foram descritos e apresentados em tabelas. Para verificar a associação entre as variáveis e a ocorrência de PVAC, utilizou-se o teste exato de Fisher. Considerou-se significantes resultados de $p \leq 0,05$. Para verificar a real associação das variáveis e a ocorrência do PVAC, realizou-se a regressão linear múltipla.

RESULTADOS

Foram revisados 1.157 prontuários, dos quais foram selecionados 215 prontuários, o que corresponde a 18,6% de todos os partos do período e que compuseram a amostra final do estudo (Figura 1).

Figura 1. Seleção de prontuários para análise de mulheres que realizaram cesárea, no ano de 2016, Hospital de Clínicas da UFTM, Uberaba-MG, 2019



Das 215 gestantes com cesariana prévia, observou-se que a idade média foi de $26,3 \pm 6,1$, variando de 16 a 42 anos. Destas, 3,7% tinham idade inferior a 19 anos e 11,2%, igual ou superior a 35 anos. Em relação a cor, 42,3% se declararam brancas, 37,7% negras, 12,1% pardas e 7,9% dos prontuários não havia informação. A maioria das participantes era solteira (65,1%) e residia do município de Uberaba (66%).

Quando verificada a história prévia de doenças das participantes, 8,8% possuíam algum tipo de doença antes da gestação. No entanto, 47,9% das gestações cursaram com alguma patologia ou intercorrência como: síndromes hipertensivas (17,6%); hipotireoidismo (12,9%); retrovírose (6,5%); diabetes (4,6%) e lesões por HPV (4,6%).

Destaca-se que 89,8% gestantes realizaram ao menos uma consulta de pré-natal, com média de $7,0 \pm 2,7$, variando de uma a 18 consultas, 59,1% realizaram seis ou mais consultas e 47,4% realizaram o pré-natal no ambulatório do hospital.

A idade gestacional da resolução da gestação variou entre 21 e 43 semanas, sendo 74,9% a termo (37 a 41 semanas e 6 dias); 21,9% prematuras (inferior a 37 semanas) e 1,4% das gestações com idade gestacional superior a 42 semanas (pós-termo). Das medicações utilizadas para condução/indução do parto, verificou-se que 33,8% das gestantes utilizou-se ocitocina e 0,5% misoprostol.

O número médio de gestações foi de $2,9 \pm 1,4$ variando de duas a oito gestações; destas, 34,9% tiveram parto normal, 17,8% tiveram abortos e 0,5% foi necessário o uso de fórceps previamente.

Dos 215 prontuários analisados, 120 (55,8%) gestantes tiveram como desfecho o parto vaginal; dessas, duas com parto operatório, à fórceps (0,9%) e 95 foram submetidas a cesárea (44,2%).

Para verificar a associação entre variáveis sociodemográficas e obstétricas, considerou-se os desfechos dos partos normal ou cesárea após uma cesárea prévia. Não foi possível comparar os dados com parto fórceps, dada sua pequena prevalência na amostra (Tabela 1).

Tabela 1. Associação do desfecho parto vaginal após um parto cesáreo (PVAC) com variáveis de natureza sociodemográficas e obstétricas, Uberaba, MG, 2019.

Variáveis	Parto normal(n=118)		Cesárea (n=95)		p
		%		%	
Idade > 35 anos	14	6,5	10	4,7	0,830
Idade < 35 anos	104	48,8	85	39,9	
Idade < 19 anos	4	1,9	4	1,9	1,000
Idade > 19 anos	114	53,5	91	42,7	
Branca	44	22,4	46	23,5	0,060
Não branca	67	34,2	39	19,9	
Vive com companheiro	29	15,0	25	13,0	0,748
Não vive com companheiro	79	40,9	60	31,1	
Com doença prévia	10	4,9	9	4,4	0,812
Sem doença prévia	103	50,7	81	39,9	
Patologia/intercorrência na gestação	49	23,4	52	24,9	0,038
Sem patologia/intercorrência	68	32,5	40	19,1	
Realizou pré natal (PN)	103	50,5	88	43,1	0,391
Não realizou pré natal	9	4,4	4	2,0	
6 consultas ou + de PN	66	36,5	59	32,6	1,000
Menos de 6 consultas de PN	29	16,0	27	14,9	
Parto prematuro	19	9,1	27	12,9	0,030
Gestação a termo	97	46,4	66	31,6	
Trabalho de parto induzido	46	21,8	25	11,8	0,078
Trabalho de parto espontâneo	72	34,1	68	32,2	
Parto normal anterior	50	23,7	25	11,8	0,014
Nenhum parto normal anterior	66	31,3	70	33,2	

Para verificar a real associação das variáveis e a ocorrência do PVAC, realizou-se a regressão linear múltipla. Foram colocadas no modelo as variáveis que apresentaram significância estatística na análise univariada (Tabela 1) com $p < 0,05$: ausência de patologias/intercorrências na gestação; gestação a termo; e experiência de parto normal prévio.

Quando analisadas as variáveis através do modelo de linear múltipla, verifica-se que ausência de patologias/intercorrências durante a gestação e ter tido parto anterior em gestação prévia, apresentaram significância estatística, sendo que ambas as variáveis comportaram-se como fator de proteção a ocorrência de nova cesárea e aumento das chances de sucesso de PVAC, conforme aponta a Tabela 2.

Tabela 2. Modelo de regressão linear múltipla entre o desfecho parto vaginal após uma cesárea prévia (PVAC) associado a variáveis obstétricas, Uberaba, MG, 2019.

Variável	Coefficiente	(IC 95%)	p
Ausência de patologia/intercorrência na gestação	-0,150	(-0,284) - (-0,014)	0,031
Gestação a termo	0,168	(-0,018) - 0,311	0,080
Parto normal prévio	0,122	0,035 - 0,313	0,015

DISCUSSÃO

A taxa de sucesso de PVAC na amostra de estudo foi de 55,8% (54,9% - parto normal). Esse índice foi inferior a resultados de estudos realizados no Canadá¹⁶, China¹⁷ e Colômbia¹⁸, onde as taxas de sucesso alcançaram entre 75 a 85%¹⁶⁻¹⁸, porém foi superior às taxas obtidas em na Holanda e na República Checa^{19,20}, com valores de 46% e 24% respectivamente.

A idade média das mulheres que tinham uma cesárea prévia foi semelhante à faixa etária de puérperas incluídas em estudo colombiano¹⁸. Entretanto, foi inferior à idade encontrada em estudos que avaliaram o índice de sucesso de PVAC, que variou de 31 a 35 anos^{17,20,21}. Nesta casuística, a idade não associou-se aos índices de sucesso do PVAC, entretanto, a pesquisas apontam maiores taxas de sucesso em mulheres jovens^{12,16,18} e o risco de cesáreas recorrentes em mulheres com idade acima de 35 anos^{12,22}.

A maioria das mulheres declararam-se brancas e solteiras mas, não houve associação destas variáveis com a ocorrência de PVAC. Contudo, em outros trabalhos, encontrou-se associação de mulheres não brancas com maiores índices de cesáreas recorrentes^{12,18,22}.

Houve predomínio de mulheres cuja gestação cursou sem patologias e/ou intercorrências e maiores taxas de sucesso para o PVAC. De maneira semelhante, um estudo apontou que a ausência de comorbidades é um bom preditor de sucesso para PVAC²². Das que possuíam intercorrências ou patologias, foram mais frequentes as síndromes hipertensivas. Casos de pré-eclâmpsia são fatores associados à redução de probabilidade de sucesso de PVAC^{12,18}.

A maioria das gestações estavam a termo no momento da admissão para o nascimento e a idade gestacional apresentou significância estatística na análise univariada. Estudos apresentam resultados contraditórios quanto à idade gestacional. Encontrou-se maiores índices de sucesso associado a idade gestacional igual ou superior a 39 semanas^{16,18,21}, entretanto, observou-se menores probabilidades de PVAC em gestações com idade superior a 40 semanas¹². Em um estudo chinês obteve-se que gestações com idade inferior a 39 semanas foram associadas a maiores taxas de PVAC¹⁷.

Não houve diferenças significativas entre mulheres admitidas em trabalho de parto espontâneo e induzido na amostra de estudo; e a ocitocina foi a droga mais utilizada na indução/condução do trabalho de parto. Estudo canadense apontou que as prostaglandinas foram as drogas mais utilizadas na indução do trabalho de parto¹⁶; entretanto, as evidências indicam que a indução para PVAC com ocitocina é a que apresenta menores riscos, embora preconiza-se cautela no uso²³. Estudos apontaram associação entre: início de trabalho de parto

espontâneo, maior dilatação cervical no momento da admissão, maiores escores de Bishop e melhores índices de sucesso de PVAC^{12,16-18}.

Duas parturientes foram submetidas a parto vaginal operatório (0,9%), e, se somado com os partos vaginais, a taxa de sucesso de parto vaginal após uma cesárea aumentou para 55,8%. Estudo americano observou resultados semelhantes entre partos vaginais operatórios e cesáreas recorrentes após uma cesárea prévia para a saúde e segurança materna e neonatal²⁴, sendo uma possível via de escolha nestes casos.

Houve predomínio de secundíparas, e 34,9% tiveram parto normal prévio, que associou-se a maiores índices de sucesso de PVAC. Estudo apontou associação entre PVAC entre múltiparas, com mais de um parto prévio¹⁸, e assim como na amostra, ter tido parto vaginal prévio associou-se com maior probabilidade de PVAC^{12,17}.

Embora não tenha sido alvo de estudo, as investigações apontam maior probabilidade de PVAC em mulheres com manutenção do peso e IMC adequado durante a gestação^{12,16,17,21}, membranas amnióticas íntegras no momento da admissão^{17,18}; não uso de analgesia durante o trabalho de parto¹⁷; peso fetal menor que 4000 gramas^{12,17} e com experiência prévia de PVAC¹². Assim, o PVAC é uma busca complexa e multifatorial.

CONCLUSÃO

A taxa de PVAC foi de 55,8% (54,9% parto normal), sendo associado ao desfecho a ausência de intercorrências e/ou patologias durante a gestação; gestações a termo e ter tido pelo menos um parto normal prévio.

O presente estudo apresentou como limitações o uso de dados secundários, que pode acarretar em dados ignorados e não permitir o aprofundamento de informações e o método adotado, uma vez que por se tratar de estudo com desenho transversal, no que tange a validade externa, os dados não podem ser generalizados para outras realidades e não podem ser estabelecidas relações causais. Por sua vez, traz um retrato da realidade do PVAC durante um ano e instituição hospitalar na região.

Dessa forma, constata-se a necessidade de realização de estudos sobre o tema, dada as recomendações recentes, fatores a serem elucidados e resultados ainda contraditórios a respeito do PVAC.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado em 23 abr 2020]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>
2. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesárea [Internet]. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2015 [citado em 19 fev 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
3. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros IC, Juan L, et al. Global epidemiology of use and disparities in caesarean sections. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado em 20 jan 2021]; 392(10155):1341-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7
4. Occhi GM, Franco Netto TL, Neri MA, Rodrigues EAB, Fernandes ALV. Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado em 20 jan 2021]; 392(10155):1290-1. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32407-3
5. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Públ.* [Internet]. 2014 [citado em 20 jan 2021]; 30(Supl 1):S101-S116. DOI: 10.1590/0102-311X00105113

6. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Distribuição de nascimentos segundo tipo de parto [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 2019 [citado em 19 fev 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
7. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Filha MMT, et al. Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil: comparative study of two different perinatal models of care. *Cad Saúde Públ.* [Internet]. 2014 [citado em 20 jan 2021]; 30(Suppl 1): S220-S231. DOI: 10.1590/0102-311X00129813
8. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev.* [Internet]. 2001 [citado em 20 jan 2021]; 12(1):23-39. DOI:10.1017/S0965539501000122
9. Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, Pickens CMG, Deneaux-Tharoux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG* [Internet]. 2016 [citado em 20 jan 2021]; 123:427-36. DOI: 10.1111/1471-0528.13509.
10. Madi JM, Deon J, Rombaldi RL, Araújo BF, Rombaldi MC, Santos MB. Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2013 [citado em 20 jan 2021]; 35(11):516-22. DOI: 0.1590/S0100-72032013001100007
11. Betran AP, Lemmermann M, Kindgon C, Mohidlin A, Opiyo N, Torloni MR. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado em 20 jan 2021]; 392(100155):1358-68. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31927-5
12. Rezai S, Labine M, Gottimukkala S, Karp S, Sainvil L, Isidore G, Henderson CE. Trial of labor after cesarean section (VBAC) versus repeat cesarean section: a review. *Obstet Gynecol Int J.* [Internet]. 2016 [citado em 20 jan 2021]; 4(6):00135. DOI:10.15406/ogij.2016.04.00135
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 2019 [citado em 06 fev 2020]; 133(2):e110-27. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2019/02/vaginal-birth-after-cesarean-delivery>
14. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeated caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2013 [citado em 20 jan 2021]; 12:CD004224. DOI: 10.1002/14651858.CD004224.pub3
15. Dodd JM, Crowther CA, Grivell RM, Deussen AR. Elective repeated caesarean section versus induction of labour for women with a caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2017 [citado em 20 jan 2021]; 7:CD004906. DOI: 10.1002/14651858.CD004906.pub5.
16. Alavifard S, Meier K, Shulman Y, Tomlinson G, D'Souza R. Derivation and validation of a model predicting the likelihood of vaginal birth following labour induction. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [citado em 20 jan 2021]; 19:130. DOI: 10.1186/s12884-019-2232-8
17. Li YX, Bai Z, Long DJ, Wang HB, Wu YF, Reilly KH, et al. Predicting the success of vaginal birth after caesarean delivery: a retrospective cohort study in China. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado em 20 jan 2021]; 9:e027807. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027807
18. Fonseca JE, Rodriguez JL, Salazan DM. Validation of a predictive model of successful vaginal birth after cesarean section. *Colomb Med.* [Internet]. 2019 [citado em 20 jan 2021]; 50(1):13-21. DOI: 10.25100/cm.v50i1.2521
19. Vankan E, Schoorel E, Kuijk SV, Nijhuis J, Hermens R, Scheepers H. On behalf of the SIMPLE study group. The effect of the use of a decision aid with individual risk estimation on the mode of delivery after a caesarean section: a prospective cohort study. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 [citado em 20 jan 2021]; 14(9):e0222499. DOI: 10.1371/journal.pone.0222499
20. Rusavy Z, Francova E, Paymora L, Ismail KM, Kalis V. Timing of cesarean and its impact on labor duration and genital tract trauma at the first subsequent vaginal birth: a retrospective

- cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2019 [citado em 20 jan 2021]; 19:207. DOI:10.1186/s12884-019-2359-7
21. Ryan G, Doherty KCO, Devane D, McAuliffe, Morrison J. Questionnaire survey on women's views after a first caesarean delivery in two tertiary centres in Ireland and their preference for involvement in a future randomised trial on mode of birth. BMJ Open [Internet]. 2019 [citado em 20 jan 2021]; 9:e031766. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031766
22. Jeffries E, Falcone-Wharton A, Daggy J, Edmonds BT. Examining the impact of the vaginal birth after cesarean risk calculator estimation on trial of labor after cesarean counseling. MDM Policy Pract. [Internet]. 2019 [citado em 20 jan 2021]. 4(1):2381468319850830. DOI: 10.1177/2381468319850830
23. Ministério da Saúde (Br). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana [Internet]. Brasília, DF: CONITEC; 2016 [citado em 23 abr 2020]. (Relatório de recomendação. Protocolo; 179). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf
24. Krizman E, Grzebielski P, Antony KM, Sampene E, Shanaham M, Irutegoyema JI, et al. Operative vaginal delivery is a safe option in women undergoing a trial labor after cesarean. Am J Perinatol Rep. [Internet]. 2019 [citado em 20 jan 2021]; 9:e190-4. DOI: 10.1055/s-0039-1692482

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUIÇÕES

Elizabeth dos Santos Campos e **Patrícia Barbosa Cruz** contribuíram com a coleta dos dados e redação. **Mariana Torreglosa Ruiz** e **Marina Carvalho Paschoini** participaram na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão. **Mário Sérgio Silva Gomes Caetano** atuou na revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Ruiz MT, Campos ES, Cruz PB, Caetano MSSG, Paschoini MC. Parto vaginal após cesárea prévia em um hospital de ensino. REFACS [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(Supl. 1):292-299. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

RUIZ, M. T.; CAMPOS, E. dos S.; CRUZ, P. B.; CAETANO, MA. S. S. G.; PASCHOINI, M. C. Parto vaginal após cesárea prévia em um hospital de ensino. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, p. 292-299, 2021. Supl. 1. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Ruiz, M.T., Campos, E.S., Cruz, P.B., Caetano, M.S.S.G., & Paschoini, M.C. (2021). Parto vaginal após cesárea prévia em um hospital de ensino. REFACS, 9(Supl. 1), 292-299. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

