

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Marina Barreto Alvarenga

Partos após cesariana no Brasil: características sociodemográficas e obstétricas e desfechos maternos e neonatais

Rio de Janeiro

2022

Marina Barreto Alvarenga

Partos após cesariana no Brasil: características sociodemográficas e obstétricas e desfechos maternos e neonatais

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Orientadora: Prof.^a Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama.

Coorientador: Prof. Dr. Marcos Nakamura Pereira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Births after cesarean in Brazil: sociodemographic and obstetric characteristics and maternal and neonatal outcomes.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

A473p Alvarenga, Marina Barreto.
Partos após cesariana no Brasil: características sociodemográficas e obstétricas e desfechos maternos e neonatais / Marina Barreto
Alvarenga. — 2022.
114 f. : il. : graf. ; tab.

Orientadora: Silvana Granado Nogueira da Gama.
Coorientador: Marcos Nakamura Pereira.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.

1. Parto Obstétrico. 2. Nascimento Vaginal Após Cesárea. 3. Parto Normal. 4. Cesárea. 5. Saúde Materna. 6. Serviços de Saúde da Criança. 7. Morte Perinatal. I. Título.

CDD – 23.ed. – 618.24

Marina Barreto Alvarenga

Partos após cesariana no Brasil: características sociodemográficas e obstétricas e desfechos maternos e neonatais

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Aprovada em: 16 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Carmen Simone Grilo Diniz
Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública

Prof.^a Dra. Leila Katz
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Prof.^a Dra. Nádia Zanon Narchi
Universidade de São Paulo - Escola de Artes Ciências e Humanidades

Prof.^a Dra. Ana Paula Esteves Pereira
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Silvana Granado Nogueira da Gama (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

*À minha mãe Noeme Alves Barreto
Em memória de meu pai, Renato Alvarenga Filho
A todas as doutoras que foram inspiração e representatividade para mim*

Generosidade

Foi a principal disciplina que aprendi na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Desde a primeira disciplina formamos um coletivo de profissionais com um objetivo comum, entender a Epidemiologia a fundo, e foi por meio de cada projeto de pesquisa que nosso conhecimento se aprofundou. Aprendi a exercer a capacidade de ouvir atentamente, buscar em conjunto soluções, enxergar por outros pontos de vista, ler, ser lida com atenção, compartilhar e receber conhecimento.

Gratidão à:

Silvana Granado que foi mais do que orientadora, foi inspiração, compreensão e acolhimento;

Marcos Nakamura Pereira pelas revisões e correções extremamente relevantes para o estudo;

Leila Katz e Nadia Zanon Narchi pelas avaliações fundamentais durante o período de qualificação;

Camila Mattos dos Santos que me acalmou me orientou no dia mais difícil de todos. Sua ajuda não foi só estatística. Você nem sabe;

Katrini Guidolini Martinelli e Ana Paula Esteves-Pereira por me esclareceram sobre o banco de dados, não seria possível minha análise sem vocês;

Denis de Oliveira Rodrigues, sem você o R Studio seria ainda mais difícil;

Profª Drª *Tatiane Bahia* pelos ensinamentos, estímulo e inspiração.

Conseguimos mana!

Ana Carolina Castro de Jesus pela paciência, ouvidos acolhedores e por ser um ser humano incrível, no qual eu pude confiar com outras demandas enquanto me dedicava a tese;

Gederson Rigoni pelos cafés que embalaram e nos acarinham durante as aulas.

Elizabeth Leite pelo exemplo e luta por todos os alunos.

Aos docentes de Epidemiologia Conceitos e Métodos 3, que durante o período de estágio em docência tanto me ensinaram e me fizeram sentir acolhida e importante

para o processo: *Carlos Augusto F. de Andrade, Jose Ueleres Braga, Luiz Antonio B. Camacho, Maria de Jesus M. Fonseca e Paulo Nadanovsky.*

Um abraço remoto aos demais alunos e professores que não foram nomeados e fizeram parte desse desafio acadêmico e de vida em um período tão difícil que foi a pandemia de COVID-19. Vocês foram força e inspiração.

Somos necessários! Viva a FIOCRUZ! Viva a epidemiologia brasileira! Viva a pesquisa brasileira! Viva a universidade pública! Viva o Sistema Único de Saúde!

*Sonhar é verbo: é seguir, é pensar, inspirar
e fazer força, insistir, é lutar, transpirar.
São mil verbos que vem antes do verbo
realizar.*

Bráulio Bessa

RESUMO

A cesariana é um procedimento cirúrgico, que quando bem indicado tem benefícios indiscutíveis. Porém, quando realizada por conveniência acarreta riscos à saúde da mulher e do bebê, inclusive em gestações futuras. Por isso, sua indicação deve sobrepor esses riscos. Se para as mulheres que estão grávidas pela primeira vez as chances de um parto vaginal no Brasil são baixas, sobretudo no sistema privado, para as mulheres com cesarianas anteriores elas são ainda menores. O objetivo deste estudo foi avaliar os partos de mulheres com cesárea anterior no Brasil. Para isso, analisou-se a prevalência, as características e os desfechos maternos e neonatais dos partos de mulheres com cesarianas prévias no estudo Nascer no Brasil, que foi um inquérito nacional de base hospitalar composto por entrevistas e dados de prontuários de mulheres no pós-parto e seus recém-nascidos, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Foram avaliados os dados de 4.987 partos e os achados divididos em dois artigos. O primeiro, intitulado “Características sociodemográficas e obstétricas de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores no Inquérito Nascer no Brasil”, apresenta uma análise descritiva das mulheres com uma, duas ou três e mais cesáreas anteriores de acordo com os aspectos sociodemográficos e obstétricos. A maior parte delas tinham uma cesárea e 85,1% delas foram submetidas a outra cirurgia, sendo 75,5% antes do trabalho de parto. Mulheres com três cesáreas ou mais apresentaram maior paridade total e aspectos sociodemográficos associados a maior vulnerabilidade social. A porcentagem de VBAC foi de 14,9% e dentre as mulheres que entraram em trabalho de parto 60,8% conseguiram um parto vaginal. O segundo artigo: “Desfechos maternos, fetais e neonatais em partos de mulheres de risco habitual com uma cesárea anterior no Inquérito Nascer no Brasil.” comparou os desfechos materno e neonatais de 2.894 partos de acordo com o tipo de parto após uma cesariana prévia em mulheres consideradas de risco habitual, controlando os efeitos exercidos pelo nível socioeconômico, qualidade do pré-natal, tipo e localização do hospital e financiamento do parto. O VBAC apresentou proteção de 86% com relação ao *near miss* materno (OR 0,14; IC 0,02 – 0,81), sem diferença estatisticamente significativa em relação ao *near miss* fetal/neonatal (OR 2,41; IC 0,81-7,18) ou óbito fetal (OR 1,46 IC 0,24-8,88). Não houve óbito materno na amostra. Conclui-se que é elevada a taxa de cesarianas de repetição, o excesso no número de procedimentos está relacionado à vulnerabilidade social e o VBAC é a escolha mais segura para as mulheres sem o prejuízo à saúde fetal e neonatal.

Palavras-chave: Parto Obstétrico, Nascimento Vaginal Após Cesárea, Parto Normal, Cesárea, Saúde Materna, Saúde Neonatal, Morte Perinatal

ABSTRACT

Cesarean section is a surgical procedure that poses risks to the health of the woman and the baby, including in future pregnancies. Therefore, your indication must overlap these risks. If for women who are pregnant for the first time the chances of a vaginal birth in Brazil are low, especially in the private system, for women with previous cesarean sections they are even lower. The aim of this study was to evaluate the deliveries of women with a previous cesarean section in Brazil. For this, the prevalence, characteristics, and maternal and neonatal outcomes of births of women with previous cesarean sections in the country were analyzed based on the findings of the survey Nascer no Brasil, which was a national hospital-based study consisting of interviews and data from medical records of postpartum women and their newborns, carried out from February 2011 to October 2012. Data from 4,987 births were evaluated and the findings divided into two papers. The first, entitled "Sociodemographic and obstetric characteristics of women with one or more previous cesarean sections in the Nascer no Brasil Survey", presents a descriptive analysis of women with one, two or three and more previous cesarean sections according to sociodemographic and obstetric aspects. Most of them had one cesarean and 85.1% of them underwent another surgery, 75.5% of them before labor. Women with three cesarean sections or more had greater total parity and sociodemographic aspects associated with greater social vulnerability. The percentage of VBAC was 14.9% and among women who went into labor 60.8% achieved a vaginal delivery. The second article: "Maternal, fetal and neonatal outcomes in births of women at habitual risk with a previous cesarean in the Nascer no Brasil survey." compared maternal and neonatal outcomes according to the type of delivery after a previous cesarean in women considered to be at low risk, controlling for the effects of socioeconomic level, quality of prenatal care, type and location of the hospital and financing of delivery. Data from 2,894 births were analyzed. VBAC showed 86% protection in severe complications, or maternal near miss (OR 0.14; CI 0.02 - 0.81), with no statistically significant difference in relation to fetal/neonatal near miss (OR 2.41; CI 0, 81-7.18) or fetal death (OR 1.46 CI 0.24-8.88). There were no maternal deaths in the sample. It is concluded that the rate of repeat cesarean sections is high, the excess in the number of procedures is related to social vulnerability and the VBAC is the safest choice for women without harming fetal and neonatal health.

Keywords: Delivery, Obstetric, Vaginal Birth after Cesarean, Natural Childbirth, Cesarean Section, Maternal Health, Neonatal Health, Perinatal Death

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Gráfico da taxa total de cesáreas, partos vaginais e cesáreas de repetição, por 100 nascidos vivos, entre 1989 e 2007 nos Estados Unidos.....	42
Figura 2 - Gráfico Acíclico Direcionado – Relação entre VBAC e <i>near miss</i> materno.....	64
Figura 3 - Gráfico Acíclico Direcionado – Relação entre VBAC e Óbito/ <i>near miss</i> neonatal.....	65
ARTIGO 1- Características sociodemográficas e obstétricas de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores no Inquérito Nascir no Brasil	
Figura 1- Fluxograma de mulheres com uma ou mais cesáreas do estudo Nascir no Brasil. Período: 2011 - 2012. Fonte: Inquérito Nascir no Brasil	78
ARTIGO 2- O Parto Vaginal Após Cesariana no Brasil: Desfechos Maternos e Neonatais	
Figura 1 - Gráfico Acíclico Direcionado – Relação entre VBAC e <i>near miss</i> materno.....	98
Figura 2 - Gráfico Acíclico Direcionado – Relação entre VBAC e Óbito/ <i>near miss</i> neonatal.....	98
Figura 3- Fluxograma de mulheres de risco habitual com uma cesáreas do estudo Nascir no Brasil. Período: 2011 - 2012. Fonte: Inquérito Nascir no Brasil.....	99

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1- Características sociodemográficas e obstétricas de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores no Inquérito Nascer no Brasil

Tabela 1 -	Tabela de frequência. Características sociodemográficas das mulheres com cesárea anterior no Brasil, distribuição por quantidade de cesáreas anteriores, tipo de parto na gestação atual e porcentagens de VBAC por categoria. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil	79
Tabela 2 -	Tabela de frequência. Características obstétricas das mulheres com cesárea anterior no Brasil, distribuição por quantidade de cesáreas anteriores, tipo de parto na gestação atual e porcentagens de VBAC por categoria. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil	80
Tabela 3 -	Motivos da última cesárea anterior de acordo com as mulheres. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil	83
Tabela 4 -	Razões apontadas pelo obstetra para cesárea na gestação atual em mulheres com cesárea anterior no Brasil. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil	84
Tabela 5 -	Fatores associados ao parto vaginal após cesárea no Brasil. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil	83

ARTIGO 2- O Parto Vaginal Após Cesariana no Brasil: Desfechos Maternos e Neonatais

Tabela 1 -	Tabela de frequência. Desfechos e características de mulheres de risco habitual com uma cesárea anterior no Brasil, distribuição por tipo de parto na gestação atual. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil	100
Tabela 2 -	Tabela de frequência. Desfechos de partos de mulheres de risco habitual com uma cesárea anterior no Brasil, distribuição pelas características sociodemográficas e obstétricas selecionadas. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil	101
Tabela 3 -	Razão de chances dos desfechos de partos de mulheres de risco habitual com uma cesárea anterior no Brasil, controlado por: faixa etária, fonte de pagamento, localização do hospital, adequação pré-natal, classe econômica e região. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil	101
Tabela 4 -	Tabela de frequência. Distribuição de fatores que formaram o <i>Near miss neonatal</i> e <i>Near miss</i> materno. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACOG	Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia - <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ERC	Cesárea Eletiva de Repetição - <i>Elective Repeat Caesarean</i>
EMCD	Cesárea de Repetição de Emergência - <i>Emergency Repeat Caesarean Delivery</i>
RCD	Cesárea de Repetição de Não Emergência - <i>Non- Emergente Repeat Caesarean Delivery</i>
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
NIH	Instituto Nacional de Saúde - <i>National Institutes of Health</i>
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Razão de Chances – <i>Odds Ratio</i>
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RR	Risco relativo – <i>Relative Risk</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOLAC	Trabalho de Parto Após Cesariana – <i>Trial of Labor After Caesarean</i>
VBAC	Parto Vaginal Após Cesariana - <i>Vaginal Birth After Caesarean</i>
VBA2C	Parto Vaginal Após 2 Cesarianas
VBA3C	Parto Vaginal Após 3 Cesarianas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO TEÓRICA	19
2.1 A HISTÓRIA DA CESARIANA	19
2.1.1 Uma nova cirurgia é possível	20
2.1.2 Um novo indivíduo na gestação	22
2.2 MEDICINA, DIAGNÓSTICOS E “SOLUÇÕES”: OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO	23
2.3 O EXCESSO DE CESÁREAS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	28
2.4 A PRIMEIRA CESÁREA	34
2.4.1 Consequências das cesáreas na saúde dos bebês	36
2.5 QUANTO MAIS CESÁREA, PIOR SERÁ A CESÁREA	39
2.6 VIA DE PARTO APÓS A CESÁREA	40
2.6.1 Parto após cesariana e a saúde do bebê	46
2.7 FATORES QUE LEVAM AO VBAC	48
2.8 A PERSPECTIVA DAS MULHERES	50
2.9 A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS	54
3 JUSTIFICATIVA	57
4 OBJETIVOS	58
4.1 OBJETIVO GERAL	58
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
5 MÉTODO	59
5.1 MÉTODO DO ARTIGO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DE MULHERES COM UMA OU MAIS CESÁREAS ANTERIORES NO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL	60
5.2 MÉTODO DO ARTIGO 2 - O PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA NO BRASIL: DESFECHOS MATERNS E NEONATAIS	62
5.3 ASPECTOS ÉTICOS	65
6 RESULTADOS	66
6.1 ARTIGO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DE MULHERES COM UMA OU MAIS CESÁREAS ANTERIORES NO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL	66
6.2 ARTIGO 2 - O PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA NO BRASIL: DESFECHOS MATERNS E NEONATAIS	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	105

APRESENTAÇÃO

Em minha trajetória profissional tive a oportunidade de atender partos em diferentes cenários, conheci a realidade do contexto hospitalar tradicional no serviço público e privado, bem como de casas de parto e ambientes domiciliares. Em todos os ambientes as mulheres com cesáreas anteriores me chamava a atenção, elas se dividiam em três grupos: as conformadas com a próxima cirurgia que não questionavam sua necessidade; as que eram direcionadas para o trabalho de parto e com pouca informação temiam por suas vidas, afinal, ouviram durante toda a gestação sobre a insegurança de um parto normal em sua condição; e por último, as mulheres que encontravam em sua nova gestação uma nova chance de parto, muitas vezes decepcionadas e questionando a necessidade de sua cirurgia anterior.

Conforme me afastava do sistema tradicional de atendimento o contato com as mulheres que buscavam o parto vaginal após cesariana cresceu. Casas de parto têm protocolos rígidos que não permitiam o atendimento de mulheres com cesárea anterior e esse era o “*sinto muito*” mais contrariado que eu oferecia, muitas vezes após ouvir as evidências científicas já decoradas por elas e utilizadas em sua trajetória de convencimento familiar, dos amigos e, infelizmente, do sistema de saúde que não as acolhia. Foi no atendimento aos partos domiciliares que mais pude acompanhar essas mulheres, os partos sempre tinham um gosto duplo de vitória. Mas a escolha por parir em ambientes menos convencionais não pode, não deve partir da falta de opção de atendimento nos sistemas tradicionais. Afinal, o que buscavam era fisiológico, seguro com base em evidências científicas e possível.

Em minha busca por um tema de pesquisa para o doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública, me debrucei sobre os dados da pesquisa Nascer no Brasil obedecendo um conselho de minha, ainda futura, orientadora Silvana Granado, vi que aquelas mulheres ainda estavam ali e nós precisávamos falar sobre elas. Não posso deixar de citar que Marcos Nakamura, também pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), trabalhou esse tema, mas decidi trazer à luz o parto vaginal após cesariana ou VBAC (*Vagina Birth After Cesarean*), como é mais conhecido, mesmo no Brasil. O recorte seria diferente e Nakamura seria então meu co-orientador, para que seu conhecimento também fosse agregado ao presente trabalho. Assim começou a gestação da presente tese, que tenho o orgulho de apresentar a vocês.

Após uma revisão teórica para a compreensão histórica sobre o desenvolvimento da técnica, as mudanças socioculturais que levaram ao seu uso indiscriminado e as reflexões de pesquisadores relevantes dedicados ao tema, serão apresentadas as evidências disponíveis até o

momento sobre os partos de mulheres com cesárea anterior e seus desfechos para a saúde materna e perinatal. Foram utilizados os dados do estudo Nascer no Brasil, um inquérito nacional de base hospitalar composto por entrevistas com 23.894 mulheres no pós-parto, bem como avaliação de prontuários delas e seus recém-nascidos, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012 (Leal et al., 2012).

Os resultados e discussão serão apresentados em duas fases, compiladas em dois artigos. O primeiro intitulado: “Características sociodemográficas e obstétricas de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores no Inquérito Nascer no Brasil” trará os dados descritivos das 4.987 mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores que compuseram a amostra e os fatores relacionados ao VBAC entre elas. O segundo artigo “O Parto Vaginal Após Cesariana no Brasil: Desfechos Maternos e Neonatais” trará os desfechos de acordo com o tipo de parto na gestação de entrada no estudo (VBAC ou cesárea de repetição), com o intuito de apontar os riscos de cada uma das opções.

Quando a cesárea tem indicação baseada em evidências, assim como qualquer cirurgia, não é discutível o uso do procedimento. Entretanto, seu uso abusivo e sem indicações clínicas, colocam a maior parte das mulheres brasileiras, além de diante dos riscos de curto e longo prazo atribuídos ao procedimento, diante de um importante questionamento em gestações posteriores. Após a cesárea, qual é a via de parto mais segura para o nascimento do próximo bebê? Esperamos colaborar com o tema, elucidando, com base em evidência, o cenário dos partos subsequentes a cesarianas no Brasil e apontar os riscos relacionados a cada uma das escolhas.

1 INTRODUÇÃO

Originalmente realizada como último recurso para salvar a vida do concepto em partos complicados nos quais não se considerava possível manter a vida materna, a cesariana passou a ser uma das cirurgias mais realizadas no mundo e o Brasil é um dos países que mais realizam o procedimento (Ye et al., 2016). Com o desenvolvimento de tecnologias e mudança estética no século XX, o parto vaginal passa a ser visto como doloroso, arriscado para o bebê e lesivo para o corpo e a sexualidade da mulher (Diniz e Duarte, 2004). Em um contexto mais amplo de biomedicalização da vida, a cesariana representa um modo de nascer seguro, limpo, organizado e compatível com a vida moderna. Para Nakano et al. (2015), há uma cultura material em torno do parto e nascimento, com a utilização maciça de inovações tecnocientíficas que normalizam a cesariana como modo de nascer. Entretanto, o procedimento não é isento de risco e seu uso indiscriminado tem efeitos diretos na morbimortalidade materna e infantil. Estudos apontam uma razão de risco três vezes maior de mortalidade materna com o uso do procedimento em comparação aos partos vaginais (Kamilya et al., 2010).

No Brasil, a taxa de cesariana vem crescendo, especialmente a partir da década de 1990, tornando-se a via de parto da maioria dos nascimentos desde 2009, quando ultrapassamos a marca dos 50% do total de nascidos vivos, chegando a 57,2% em 2020 (DATASUS, 2021). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), taxas de cesárea maiores que 10% a 15% não estão associadas à redução de mortalidade materna e neonatal, não havendo evidências de benefícios da cesárea em mulheres sem indicação clínica. Além disso, o procedimento cirúrgico acarreta mais riscos imediatos e de longo prazo, podendo afetar a saúde da mulher e seu filho (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Diferenças populacionais, culturais e, conseqüentemente, as práticas médicas podem influenciar as distintas taxas de cesariana entre os países (Enkin, 1996; Patah e Malik, 2011; Organização Mundial da Saúde, 2015; Ye et al., 2016). As taxas do procedimento são contrastantes quando categorizados de acordo com o desenvolvimento econômico das nações. Países mais desenvolvidos e com bons indicadores de saúde têm taxa de cesariana mais próximas às recomendações da OMS. Holanda, Finlândia e Noruega tem taxas próximas a 16%, Rússia com 13% e Suíça com 11,3%. Inglaterra e Canadá apresentam cerca de 27% de cesáreas e França, Japão 20%. Portugal, Polônia e Itália, seguidos por Austrália e Estados Unidos as taxas giram entre 30 e 35% (World Health Organization, 2018).

Dentre os países em desenvolvimento, a Venezuela apresenta 30% e a Jamaica 20%, nos demais países as taxas tendem a subir. México, Cuba e Uruguai ficam em torno de 40%, e Egito, Chile, Turquia e Líbano têm aproximadamente 50% dos nascimentos por cesariana. Porcentagens muito baixas representam falta de acesso quando necessário, podendo aumentar as taxas de mortalidade materna e neonatal (Ye et al. 2016). Os países que apresentam menos do que 10% de cesarianas entre seus nascimentos, em maioria, estão localizados no continente africano, como Quênia com 8,7%, Camboja e Malawi com 6%, Angola com 3,7% e Afeganistão, fora do continente em questão, com 2,7% (World Health Organization, 2018). Essas taxas estão mais relacionadas à falta de acesso aos serviços de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2015).

Para Robson (2001), uma adequada avaliação sobre as taxas de cesárea depende de uma correta avaliação dos casos, ele classificou as gestações em dez grupos considerando parâmetros de acordo com o tipo de gravidez, a história prévia à gestação atual, que inclui ter ou não cicatriz uterina prévia, o curso do trabalho de parto e a idade gestacional. O grupo 5, composto por mulheres com ao menos uma cesárea anterior, bebês em apresentação cefálica e gestação à termo é o que contribui mais para o aumento nas taxas de cesariana. Esse é o grupo mais heterogêneo das mulheres, ele contém mulheres com uma ou mais cesáreas e mulheres com ou sem partos vaginais anteriores. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017) esse grupo é responsável por 21,9% dos nascimentos e sua taxa aceitável para uma cirurgia de repetição ficaria entre 50% e 60%. Mulheres com cesáreas prévias também estão incluídas nos grupos 7, de multíparas com bebês em apresentação pélvica e 8 com gestações múltiplas. Para uma adequada avaliação desses grupos são necessárias informações acuradas sobre seu histórico e condição da gestação atual.

Se para as mulheres que estão grávidas pela primeira vez as chances de um parto vaginal no Brasil já são menores do que 50%, para as mulheres com cesarianas anteriores essas chances são ainda menores (d'Orsi et al., 2001; d'Orsi, 2003; Nakamura-Pereira et al., 2018). A ideia de “*uma vez cesárea, sempre cesárea*”, apesar de datada de 1916 (Cragin, 1916), permanece na cultura obstétrica do país a despeito de evidências científicas que demonstram que há segurança em um parto vaginal após a cirurgia (Landon et al., 2004; Guise et al., 2010; NIH. National Institutes of Health, 2010; Dias et al., 2014). A cesariana, apesar de atualmente empregar uma técnica bem desenvolvida, ainda apresenta mais riscos, principalmente quando realizada múltiplas vezes. O parto vaginal após cesárea está associado a menores taxas de morbidade materna, bem como de complicações em gestações futuras e colabora com a diminuição das

taxas globais da cirurgia (Menacker, 2001; Landon et al. 2004; Little et al. 2008; Guise et al. 2010; Dias et al. 2014; ACOG, 2019).

Com o maior acesso das mulheres aos dados baseados em evidências e junto a um crescente movimento em busca de partos que respeitassem a autonomia feminina, os partos vaginais após cesariana (PVAC) passaram a ser buscados e nomeados. O termo *vaginal birth after cesarean* (VBAC), como é conhecido internacionalmente é o mais adotado, inclusive no Brasil, com variações como VBA2C, quando são duas as cirurgias anteriores, ou VBA3C, quando três e assim por diante. Para o presente projeto, portanto, foi definido o termo VBAC para designar os partos vaginais após cesarianas, independentemente da quantidade (Carvalho, 2015).

Quando uma primeira cirurgia é realizada pouco se discute acerca do impacto da mesma no futuro reprodutivo das mulheres. Entretanto, a decisão sobre o tipo de parto nas gestações subsequentes é um tema importante. Se por um lado existe o receio de uma rotura uterina, que poderia ocorrer em decorrência da fragilidade do tecido cicatricial uterino em um trabalho de parto, por outro existem os riscos associados a repetidas cirurgias no mesmo local, com maior probabilidade de aderências, hemorragias e complicações na inserção placentária (Landon, 2004; Guise et al, 2010; Dias et al, 2014). O impacto dessas complicações na morbimortalidade materna e neonatal é um aspecto relevante a ser conhecido e discutido, para que a decisão sobre a via de parto possa ser tomada considerando os riscos reais, tanto para a gestação atual quanto para os partos e nascimentos posteriores.

Com esse intuito o *National Institutes of Health* (NIH) dos Estados Unidos organizou, em 2010, uma conferência para discutir a segurança, os desfechos do trabalho de parto e do parto vaginal após cesariana (VBAC). Concluíram, então, que o VBAC era uma opção segura para muitas mulheres e ressaltou a importância de as instituições estimularem sua prática, apresentando às mulheres as informações disponíveis e possibilitando uma decisão compartilhada sobre a melhor via de parto (NIH, 2010).

Com base nessas recomendações, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* reforçou que o parto vaginal após cesariana (VBAC) está associado à diminuição da morbidade materna e do risco de complicações nas gestações futuras, além de colaborar com a redução da taxa global de cesáreas. Reforçando que o desejo da mulher por um VBAC deve ser levado em consideração e que é necessária uma adequada avaliação de risco individual, uma vez que um trabalho de parto após cesariana (*Trial of Labor After Cesarean* - TOLAC) se mal sucedido pode aumentar os riscos maternos e perinatais (ACOG, 2019).

Apesar das evidências de maior risco de complicações dentre as mulheres com múltiplas cesarianas (Landon et al., 2004; Silver et al., 2006; Guise et al., 2010; Dias et al., 2014), na prática esse fator de risco não é levado em consideração para a definição da via de parto de parturientes com cesarianas prévias. Segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, na rede privada 98,2% das mulheres tiveram cesarianas repetidas, sendo que 80,8% delas nem chegaram a entrar em trabalho de parto. Mesmo no sistema público o valor foi alto, com 80,1% de cesarianas repetidas, 64,4% sem entrar em trabalho de parto (Domingues et al., 2014).

As altas taxas de cesárea se tornam um problema de saúde pública quando a intervenção, a princípio concebida como um instrumento de proteção, se torna um fator de risco, caracterizando uma epidemia iatrogênica. Seus efeitos adversos, bem como de qualquer outra intervenção em saúde, podem representar uma iatrogenia social, estabelecendo um novo contexto da problemática saúde/doença (Batista Filho e Rissin, 2018).

No Brasil, há pouca literatura a respeito da saúde reprodutiva das mulheres que passaram por cesarianas e os impactos dessas cirurgias em gestações subsequentes, bem como não conhecemos seus efeitos na saúde do concepto, sendo pertinente essa análise para a compreensão do tema. Os dados disponíveis apontam para fatores sociodemográficos tanto quanto obstétricos para a definição da via de parto (D’Orsi et al, 2001; D’Orsi, 2003; Nakamura-Pereira et al., 2018). Pelas razões apontadas o presente estudo pretende fazer uma análise descritiva das mulheres brasileiras com cesariana anterior que estão em uma gestação subsequente, evidenciar os fatores que levam a um VBAC, bem como comparar os desfechos dos partos vaginais e cesarianas em mulheres consideradas de risco habitual, ou seja, sem fatores que aumentem o risco obstétrico.

2 REVISÃO TEÓRICA

2.1 A HISTÓRIA DA CESARIANA

A cesariana é uma intervenção cirúrgica definida como: “*ato cirúrgico que consiste em incisar o abdome e a parede do útero para libertar o concepto aí desenvolvido*” (Montenegro et al., 2017). Em seu surgimento, a cirurgia cesariana estava longe de ser uma opção de via de parto. Até o século XVI, era realizada apenas em mulheres que não haviam sobrevivido ao parto, ou estavam sob risco iminente de morte, com o intuito de salvar o concepto. Uma das teorias é a de que o termo é proveniente do latim “*Caedare*”, que significa “cortar” (Sewel, 1993; Wolf, 2018).

O procedimento aparece descrito desde a mitologia greco-romana quando, segundo relatos, Apolo teria retirado seu irmão Asclépio, que viria a ser o deus da medicina, do abdome de sua mãe Corônis. Está presente ainda em culturas como a hindu e a chinesa, em que aparece em gravuras com mulheres aparentemente vivas. Muito se ouve sobre sua relação com o nascimento de Júlio Cesar em Roma, entretanto, essa relação é pouco provável, uma vez que sua mãe Aurélia teria permanecido viva por mais 55 anos, presenciando sua conquista de Gália e, na época, certamente, ela não sobreviveria à cirurgia (Sewel, 1993; Wolf, 2017).

O primeiro relato de sobrevivência materna após o procedimento ocorreu na Suíça, sendo realizado por Jacob Nufer, marido de uma parturiente que não teve seu nome registrado, após cinco dias de trabalho de parto ele obteve autorização das autoridades locais para a abertura do abdome materno, ela sobreviveu e posteriormente teve mais cinco partos vaginais, sendo um deles de gemelares (Rezende, 2009). Vale ressaltar que os cuidados durante o nascimento ainda eram prestados em ambiente domiciliar, fossem em camas ou mesas, e ainda sem o advento da anestesia. Antes do procedimento, era solicitado o consentimento da mulher e de seus familiares, uma vez que as chances de sobrevivência eram baixas, quando as mulheres estavam escravizadas o consentimento era solicitado a seus proprietários (Wolf, 2018).

Os séculos XVIII e XIX foram marcados pelo estudo dos mecanismos de parto e o surgimento das instituições hospitalares, ainda assim, as cesáreas permaneciam como eventos raros, realizados por médicos obstetras do sexo masculino, pois às mulheres não era permitido estudar medicina, e sua entrada se dava em partos complicados, nos quais era preferível sempre o uso fórceps ou até a craniotomia fetal ao uso do procedimento cirúrgico (Sewel, 1993;

Rezende, 2009). Segundo a literatura, James Miranda Stuart Barry, uma mulher, teria feito a cirurgia disfarçada de homem, quando atuava no exército Britânico na África do Sul entre 1815 e 1821 e essa teria sido a primeira cesariana realizada no império britânico com paciente sobrevivente (Sewel, 1993; Miller, 1992).

No Brasil, a primeira cesariana teria sido praticada no ano de 1817, no Hospital Militar do Recife pelo médico José Corrêa Picanço, considerado hoje como o patrono da obstetrícia no país, em uma mulher escravizada que teria sobrevivido. Outra versão atribui a Luiz Cunha Feijó, em 1855, a primeira cirurgia com o feto em apresentação pélvica, resultando na morte da paciente por peritonite dias depois (Sewel, 1998; Rezende, 2009).

2.1.1 Uma nova cirurgia é possível

Algumas descobertas foram fundamentais para a diminuição da letalidade materna pós cesariana, dentre elas se destacam a teoria dos germes na segunda metade do século XIX e a possibilidade do uso da anestesia, que começou a ser desenvolvida a partir do mesmo período. Assim, o procedimento poderia ser realizado com mais calma e precisão para limpar a cavidade peritoneal, relembrar os passos do procedimento e aprender a partir de suas experiências (Sewel, 1993).

Um artigo publicado em 1916 por Edwin B. Cragin traz algumas reflexões sobre o surgimento da cirurgia obstétrica que parecem atuais, entretanto, apenas uma única frase “...*once a Cesarean always a Cesarean...*” (pg.3), parece fazer efeito até os dias de hoje, o nosso conhecido “Uma vez cesárea, sempre cesárea”. Vale ressaltar que, de acordo com a técnica cirúrgica da época, as cirurgias eram feitas com incisão vertical no corpo do útero. Mesmo assim, o autor afirma que muitas exceções podiam ocorrer, como em uma de suas pacientes que havia tido três partos normais sem dificuldade depois de uma cirurgia (Cragin, 1916).

O texto denominado “Conservadorismo em Obstetrícia” inicia falando sobre a cesariana como uma cirurgia obstétrica radical que os anos, então recentes, estavam testemunhando com resultados positivos, como a queda da letalidade e a indicação para casos de placenta prévia, eclampsia e hemorragia acidental (descolamento prematuro de placenta). O autor questiona se o entusiasmo da época não estaria supervalorizando a cirurgia, negligenciando os fundamentos da obstetrícia e se as rotinas de precaução não poderiam deixar a cirurgia desnecessária (Cragin, 1916).

Afirmava que ainda eram vistos casos de infecção puerperal, rotura uterina e bebês em posição occipito posteriores sem diagnóstico e, com base nisso, podia concluir que os fundamentos obstétricos estavam sendo negligenciados diariamente. O conservadorismo é apresentado não como o contrário do progresso, mas algo que fazia com que o progresso não fosse tão rápido e considerasse o bem-estar materno e fetal. A cesariana é apresentada como benéfica na impossibilidade de o bebê nascer por via vaginal (Cragin, 1916).

Após a II Guerra Mundial, e a descoberta da Penicilina por Alexander Fleming, as cirurgias se tornaram cada vez mais seguras. A população urbana cresceu, bem como as instituições hospitalares e o interesse da medicina pela sexualidade e as doenças femininas. Alguns hospitais foram construídos com esse foco, unindo psiquiatria e obstetrícia, mas a maioria dessas instituições ainda abrigava diferentes tipos de doenças (Sewel, 1993).

Em um contexto mais favorável à realização de cirurgias, a cesariana pode ser realizada de maneira mais segura e com indicações clínicas, contexto diferente das realizadas anteriormente por Picanço ou Luiz Cunha Feijó. Fernando Magalhães, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi um dos grandes nomes na implantação da cirurgia no país, mas foram Clovis Correa e Octavio de Souza que realizaram em 1924 a primeira cesariana segmentar, ou seja, deixava de ser realizada no meio, ou corpo, do útero afetando mais fibras e provocando um maior dano, para ser realizada na região do segmento, parte inferior do órgão. Mesmo assim, só em 1936 a incisão segmentar transversa passou a ser utilizada prioritariamente (Castanheira et al., 2017).

As mudanças no país acompanharam uma tendência mundial, o período pós-guerra trouxe, além da penicilina, mudanças sociais como o crescimento da urbanização, com menor exposição infantil ao sol, em países como Estados Unidos, Inglaterra e em algumas outras partes da Europa. Fato esse que levou ao aumento da incidência de raquitismo e, conseqüentemente, ao déficit de desenvolvimento e malformações pélvicas. Com isso, a cesariana tornou-se mais frequente, com a justificativa de serem necessárias naquelas mulheres acometidas pela enfermidade na infância. Mesmo após a implantação de políticas de saúde que levaram à erradicação da doença, as taxas da cirurgia nunca mais retornaram aos patamares anteriores (Sewel, 1993; Wolf, 2017). Posteriormente, com a evolução dos anestésicos, a peridural passou a ser utilizada permitindo que a mulher permanecesse acordada durante a cirurgia, substituindo assim a anestesia geral e alcançando melhores resultados para mulheres e bebês (Sewel, 1998; Wolf, 2017).

2.1.2 Um novo indivíduo na gestação

Outra tecnologia proveniente da guerra que influenciou a assistência obstétrica foi o sonar, equipamento primariamente inventado para captar a presença de submarinos e que posteriormente levou ao desenvolvimento da ultrassonografia nas décadas de 1940 e 1950. Além da possibilidade diagnóstica, a visualização fetal passou a personalizar os novos bebês, sendo possível inclusive determinar seu sexo (Sewel, 1993; Wolf, 2017). A ultrassonografia consolida a tecnologia da imagem médica como meio confiável de produção de verdades, tornando-se um divisor de águas no que se refere à construção da gestação e do corpo feminino grávido. O feto passa a ser um “indivíduo” destacado da gestante, a possibilidade de visualizá-lo permitiu a atribuição de comportamentos. Dá-se início a uma construção social do feto (Chazan, 2007).

Esta construção do feto como pessoa, mediada pela ultrassonografia, juntamente com a constituição da obstetrícia médica como campo profissional transformou a gravidez e o parto em “patologias potenciais”, e o feto visível tornou-se passível de diversas intervenções, diretas e indiretas, que vão desde modificações alimentares impostas às gestantes até intervenções cirúrgicas. Essas mudanças não se tratam de uma imposição de determinados grupos sobre outros, e sim de um conjunto de valores compartilhados culturalmente, dentro de um processo no qual se criam novas identidades e subjetividades. Sujeitos fetais e gestantes são culturalmente construídos (Chazan, 2007).

Este exame, bem como a amniocentese e a análise cromossômica, levaram a uma evolução da medicina fetal e a valorização do feto também como um paciente. Durante o trabalho de parto, a possibilidade de monitorização fetal, se por um lado trouxe aumento da segurança do procedimento cirúrgico, de outro contribuiu para o crescimento das cesarianas, assim como outras causas culturais e de mercado (Sewel, 1998; Wolf, 2017).

As tecnologias de monitorização fetal foram fundamentais para mudança de paradigmas na opção pela cesariana, uma vez que a maneira de obter o consentimento para a cirurgia se modificou. O diagnóstico de sofrimento fetal, uma vez realizado, autoriza a cirurgia. As más práticas obstétricas, inclusive na introdução de intervenções abusivas no parto vaginal, e a suposição de que a cesariana poderia ser mais segura do que o parto vaginal, também se tornaram mais presentes (Wolf, 2017).

2.2 MEDICINA, DIAGNÓSTICOS E “SOLUÇÕES”: OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

A inserção da medicina no cenário do parto e nascimento, apesar de se iniciar no século XVI, se desenvolveu e legitimou durante os séculos XVIII e XIX (Vieira, 2002). Para Foucault (1980), esse período foi marcado pelas mudanças na estrutura do saber médico por meio da construção de uma racionalidade científica. Sua inserção na sociedade ficou mais profunda com a ideia de higiene pública, o médico passa a ser considerado um detentor do conhecimento, educador e guardião da moral e dos bons costumes à medida que esse projeto se amplia e passa dos ambientes públicos aos privados (Machado, 1978).

A saúde da mulher entra nesse contexto quando o controle da população se torna relevante, a questão demográfica se transforma em um problema de saúde, assegurando assim o povoamento e reproduzindo uma adequada força de trabalho da população. O desenvolvimento do conhecimento cirúrgico e tecnológico promovido pela aproximação da medicina com o momento do parto, sistematizado com o nome de obstetrícia, marcou efetivamente a história da apropriação do corpo da mulher. A medicalização do corpo feminino a partir de questões populacionais passou aos cuidados individuais, normatizando, administrando e regulando. A intervenção nesse corpo se torna uma estratégia social (Vieira, 2002).

As escolas de medicina, bem como as instituições hospitalares cresceram vertiginosamente. Assim, o parto passou a ser visto como um evento médico e potencialmente perigoso, e a cesariana como um procedimento cada vez mais seguro. De 1934 a 1951, o número de leitos aumentou em 500% no Brasil e o de partos normais hospitalares, em 1949, já era 340% maior do que na década anterior no Rio de Janeiro, capital da época. Junto com a hospitalização do parto, as intervenções para sua aceleração e condução, muitas vezes desnecessárias, passaram a ser utilizadas de rotina pelos serviços, levando a cesariana no Brasil a níveis alarmantes nos anos posteriores (Diniz e Chacham, 2004; Mott, 2002).

Aqui me atrevo a trazer como dado o trecho de um romance do escritor baiano Itamar Vieira Júnior, partindo do princípio de que este foi escrito por um geógrafo estudioso das relações sociais brasileiras. No ambiente fictício de Água Negra ele retrata a vida de duas irmãs filhas de parteira, em uma passagem que relata o tempo e as diferenças entre a irmã que ficou na fazenda e a que foi para a cidade, onde se tornou professora e constituiu família. O parto

hospitalar é apresentado em um contexto de modernidade atrelado a uma ascensão social, reflexo do pensamento social na época. Ele relata pela voz de uma delas:

“...Minha mãe havia viajado para fazer o parto da segunda, e também acompanhou Bibiana no hospital no parto das duas últimas. O ano de regresso foi o ano em que chegou a primeira televisão à fazenda...” (Vieira Júnior, 2019. Pg.153)

Outros fatores que também influenciaram o aumento nas taxas de cirurgia foi o surgimento de alguns instrumentos diagnósticos como a curva de Friedman e os índices de Bishop, nas décadas de 1950 e 1960. A incorporação desses instrumentos redefiniu e padronizou as fases do parto normal, de maneira a justificar intervenções quando o trabalho de parto não evoluía conforme descrito (Wolf, 2017).

Friedman (1959) se propôs a descrever, por meio de gráficos, como a dilatação do colo do útero acontecia ao longo do tempo, classificando o trabalho de parto em fase latente, quando as contrações começam a ficar regulares e a dilatação deve acontecer lentamente. Na fase ativa, que vai da fase latente ao segundo estágio, que é o nascimento, as contrações aumentam a intensidade e cada centímetro deve aumentar em média no intervalo de uma hora. Segundo ele, essa avaliação gráfica seria a indicação de que o trabalho de parto estaria evoluindo normalmente, enquanto um trabalho de parto mais prolongado poderia ser indicação de uma desproporção céfalo-pélvica, ou seja, o bebê seria grande com relação à bacia materna, tornando impossível o parto vaginal.

Bishop (1964) apresentou um sistema de pontos que levava em consideração a dilatação, o esvaecimento, a consistência e a posição do colo uterino para estimar, com mais exatidão, o momento ideal para indicar um possível trabalho de parto, agendar a indução do parto ou a cesárea. Em caso de cesariana anterior a regra era encaminhar, automaticamente, para nova cirurgia.

Apesar de Zhang e colaboradores (2010), por meio de um estudo retrospectivo que analisou os dados dos partos de 64.415 mulheres com partos vaginais espontâneos, cefálicos e com bons resultados perinatais, concluírem que, diferente do que esperava Friedman, os trabalhos de parto podem ter durações mais longas, a curva descrita na década de 1950 permanece sendo utilizada nos dias atuais. Vale ressaltar que os dados de Friedman, que apontavam um centímetro por hora em fase ativa, foram coletados com o acompanhamento de trabalhos de parto repleto de intervenções para a aceleração do processo, enquanto Zhang avaliou mulheres em evolução natural.

A necessidade de compreensão e de controle dos eventos fisiológicos do corpo humano levam a uma falsa impressão de que o trabalho de parto é algo a ser medido e controlado, e até hoje as referências para a evolução desse processo se baseiam nos achados de Friedman e suas expectativas de evolução de trabalho de parto para todas as mulheres, independente de histórico de saúde ou etnia (Friedman, 1954; Friedman, 1959).

No sentido desses achados, e muitas vezes com a justificativa de desocupar rapidamente os leitos hospitalares, muitas intervenções passaram a ser empregadas visando acelerar o processo de trabalho de parto, mesmo sem qualquer evidência de eficiência ou não maleficência. Uma vez inseridas na cultura obstétrica, essas intervenções passaram a ser utilizadas de forma rotineira. Um exemplo é o uso da ocitocina sintética, que aumenta as contrações uterinas, tornando o processo mais doloroso, sem garantia de melhores desfechos maternos ou neonatais (Diniz e Chacham, 2004).

É muito comum que as intervenções sejam utilizadas em conjunto, a chamada “cascata de intervenções”, uma sucessão de procedimentos invasivos, dolorosos e potencialmente arriscados como toques vaginais repetidos, imobilização da mulher no leito, uso da citada ocitocina, rotura artificial das membranas amnióticas, parto assistido com a mulher em posição litotômica (deitadas com as pernas para cima), manobra de Kristeller (pressão externa no fundo uterino) e episiotomia, uma incisão de vulva e vagina, que afeta musculatura, tecidos eréteis, nervos e vasos, justificada pela aceleração do nascimento e prevenção de lesões genitais graves (como se a própria incisão já não fosse), sem comprovação de eficácia e sem indicação para seu uso de rotina (Diniz, 2009; Jiang et al., 2017). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 identificou que a episiotomia aconteceu em 70,1% dos partos vaginais (Brasil, 2009).

A crença de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e potencialmente perigoso, necessitando de correção e tutela por meio das intervenções é uma das expressões de viés de gênero, que em epidemiologia é utilizado para definir erros sistemáticos relacionados a construtos sociais gênero-dependentes. Essa crença leva a superestimação dos benefícios da tecnologia e subestimação quanto aos efeitos adversos das intervenções (Diniz, 2009).

Essas intervenções tornam o parto vaginal mais doloroso, prejudicial e não científico, o que é um problema de saúde pública e de direitos humanos (Diniz e Duarte, 2004; Diniz e Chacham, 2004). As mulheres são ainda submetidas a várias práticas que configuram violência obstétrica, perpassando por questões de gênero e classe social. Principalmente no sistema

público, há ainda uma relação médico-paciente pautada no autoritarismo e desrespeito às mulheres (Riscado, 2016).

Enquanto essas práticas são realizadas de maneira rotineira, as boas práticas na condução do parto normal como liberdade de deambulação, alimentação, hidratação, uso de práticas não farmacológicas de alívio da dor e o acompanhamento da evolução do parto pelo partograma não são utilizados, mesmo com as recomendações do ministério da saúde e as evidências de seus benefícios (Leal et al., 2014; Diniz et al., 2015; da Gama et al., 2016). A maioria dos profissionais de saúde foi formada nesse modelo intervencionista, sentindo-se inseguros em arriscar uma postura baseada em evidências, acreditando que o modelo adotado pelos serviços, que é intervencionista desde sua arquitetura até os mecanismos de financiamento, seja mais seguro (Diniz e Duarte, 2004).

Acostumadas a essas narrativas de parto, muitas mulheres no Brasil recorrem à cesárea para evitar o parto vaginal cheio de intervenções desnecessárias e com muito sofrimento. O repertório dessas mulheres aparece repleto de imagens negativas veiculadas em novelas, filmes, programas de televisão, matérias de revistas e outras mídias. As histórias sobre mulheres que morreram no parto, ou bebês que tiveram “problemas por causa do parto”, via de regra, referem-se ao parto vaginal (Nakano et al., 2015).

Há uma mudança estética no século XX, quando o parto vaginal passa a ser visto como doloroso, arriscado para o bebê e lesivo para o corpo e a sexualidade da mulher. É apresentado também como desagradável, degradante, assustador, uma exposição humilhante das genitálias humanas, ou seja, um pesadelo a ser evitado. Ele passa a ser tratado como uma patologia a ser abreviada por meio de intervenções ou prevenida pela cesárea (Diniz e Duarte, 2004).

A possibilidade de um parto que foge do controle da mulher e do profissional relaciona o parto vaginal com algo perigoso, o que muitas vezes é acentuado durante o pré-natal. Restrições corporais, como força física, tolerância à dor, altura, tamanho do quadril aparecem juntamente com diagnósticos como bebê grande, bacia pequena, cordão enrolado, bebê atravessado, pouco líquido, muito líquido e dificuldade de dilatação, no acordo que vai se construindo tacitamente em torno da cirurgia. Entretanto, os riscos da cesariana para a mãe e o bebê não são questionados pelas mulheres e muito menos apresentados pelos médicos (Nakano et al, 2015).

A cesariana se torna, ainda, como algo evoluído, adequado ao tempo da “mulher de hoje em dia”, englobando valores como controle e segurança atrelados ao poder de consumo e ao privilégio de poder agendar um procedimento, garantindo a reserva do médico, de sua equipe e

do lugar em que se dará o nascimento. A disponibilidade de arranjos arquitetônicos e dispositivos tecnológicos médicos são tão valorizados quanto detalhes como hotelaria, disponibilidade de filmagem, fotografia, serviços estéticos de cabeleireiro, maquiador, lanchonetes, lojas de conveniência e outra maneira de incluir a participação de familiares, como o cine-parto, que exhibe o nascimento em tempo real, via internet ou em TV de plasma na própria maternidade (Nakano et al., 2015).

A cesárea a pedido das mulheres é uma questão que se discute da obstetrícia. Para Robson (2001) a responsabilidade pelo aumento nas taxas de cesárea não é só dos prestadores da assistência, sejam médicos obstetras ou obstetizes, o aumento do desejo das mulheres por uma cirurgia é também promovido pela insatisfação em relação às longas horas de trabalho de parto, apesar do consenso de que o crescimento no número de cirurgias resulta no aumento de complicações cirúrgicas sem prova de benefícios para a mãe e o bebê.

Entretanto, é necessária uma reflexão sobre o que precede esse desejo das mulheres pela cirurgia, para os movimentos sociais que tratam do tema a frase “*chega de parto violento para vender cesárea*” (Diniz et al., 2015. Pg 4) aponta para o desejo pelo procedimento como uma alternativa aos partos vaginais com excesso de procedimentos sem base em evidência, que tendem a ser ainda mais dolorosos, associados a falta de respeito individual, que denotam ao parto uma imagem negativa. Junto à cultura da medicalização e ao status social que a cirurgia ganhou com auxílio da mídia, atrelada aos interesses econômicos, sobretudo no sistema privado, esse desejo feminino não pode ser considerado espontâneo. Além de que, ainda cabe ao profissional o esclarecimento quanto aos riscos e benefícios dessa escolha apresentados no presente trabalho e nos por ele citado. Para Leal et al. (2019) uma das premissas para a redução de cesariana no Brasil é a melhor assistência ao trabalho de parto e parto vaginal, respeitando a autonomia, o protagonismo e o bem-estar das mulheres.

Embora essa cultura esteja imposta na sociedade brasileira, os dados mostram que no início da gestação o desejo pela cesárea é menor do que aparenta, há uma falsa impressão, principalmente se fizermos um recorte de classe, de que a cesariana é uma opção da maioria das mulheres brasileiras, entretanto, segundo publicação do inquérito Nascer no Brasil, apenas 27,6% das mulheres brasileiras referiram iniciar o pré-natal com o desejo pela cirurgia. No setor público essa preferência é menor, de 15% e assim permanece até o final, enquanto no setor privado, 36,1% preferem a cirurgia no início e ao final da gestação 67,6% delas já definiram a cesariana como via de parto. A maior proporção de mulheres com preferência pela cesárea no início da gestação está no grupo das múltiparas do sistema privado que já passaram pelo

procedimento, 73,2%. Por fim, na rede privada, 87,5% dos nascimentos ocorreram por cesariana, independentemente de haver diagnóstico de alguma complicação. Em todos os grupos estudados, a porcentagem de cesarianas foi maior do que a pretendida pelas mulheres (Domingues et al., 2014).

Foi diante dessa dicotomia que fazia com que as mulheres tivessem que escolher entre um parto violento e cheio de intervenções desnecessárias ou uma cesárea sem indicação clínica, que acarretava prejuízos à saúde materna e fetal, e diante do acesso às evidências científicas que as mulheres, junto com uma rede de profissionais iniciaram um movimento denominado humanização do parto e nascimento. Esse movimento, através de mobilizações políticas iniciou as discussões em busca de mudanças na assistência focadas em um modelo que reforça a autonomia das mulheres durante o processo. Dentre essas mulheres encontram-se as mulheres com cesarianas prévias, muitas vezes indicadas desnecessariamente, que buscam o parto vaginal, o VBAC, trazendo à tona uma discussão muito relevante sobre o tema (World Health Organization, 1985; Diniz, 2005; Lundgren et al., 2012; Carvalho, 2015; Souza, 2015; Brasil, 2015; Riscado, 2016; Brasil, 2018)

2.3 O EXCESSO DE CESÁREAS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Em um contexto mundial, os movimentos em busca do retorno ao parto natural iniciaram na década de 1950, mas foi nas décadas de 1960 e 1970 que o conceito de direitos sexuais e reprodutivos foram introduzidos nas discussões sobre os direitos humano (Diniz, 2005). Próximo ao início da década de 1980 as altas taxas de mortalidade materna passaram a chamar atenção mundial. No Brasil, em 1979, por meio da portaria MPAS/SSM-116 a primeira ação foi tomada no sentido de reduzir o que se tornaria um incentivo a realização de cesáreas, que era a maior remuneração pelo procedimento em comparação ao parto normal, ambos passaram então a ser ressarcidos com o mesmo valor (Maia, 2010). Outro marco importante nas ações políticas do país foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que em 1983 trouxe o conceito de integralidade à assistência, considerando as relações de gênero, com atenção obstétrica e neonatal humanizadas e de acordo com protocolos baseados nas evidências disponíveis (Brasil, 1985; Giffin, 2002).

O Brasil se inseria então no cenário mundial das discussões sobre o tema. Em 1985, a conferência sobre tecnologia apropriada no parto, foi realizada em Fortaleza pela Organização Mundial da Saúde com a participação de especialistas em obstetrícia, epidemiologia,

psicologia, sociologia, economia, administração em saúde e do movimento de mulheres. Nela recomendou-se a abolição ou redução de inúmeras intervenções no parto, tais como enema, tricotomia, episiotomia de rotina, além de se definir não haver justificativa para taxa de cesariana maior que 10-15%, por não trazer benefícios às mulheres nem aos neonatos e a inexistência de evidências para indicação de nova cirurgia em caso de cesariana prévia (World Health Organization, 1985).

A integralidade pautada no PAISM foi um dos princípios doutrinários do principal marco na atenção à saúde no Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988, com a nova constituição federal. Além desse princípio o de universalidade garantiu o acesso à todas as mulheres como um direito e a equidade ao tratamento, considerando suas necessidades individuais. O cuidado regionalizado e as ações de prevenção como pré-natal, imunização, ações coletivas de educação em saúde e vigilância em saúde tiveram efeito na organização do cuidado à saúde materno-infantil (Brasil, 2000; Brasil, 2009).

As ações citadas até aqui eram mais pautadas na atenção obstétrica, só nos anos de 1990 que os esforços para reduzir a mortalidade materna foram aprofundados, havendo maior compreensão de seus determinantes sociais, como educação, renda, local de nascimento e grau de opressão ao qual as mulheres podem estar sujeitas (Souza, 2015;United Nations, 2015). Essa década também foi marcada por movimentos e ações que buscaram valorizar a atenção ao parto normal, melhorando e estimulando as condições para sua realização. Destacam-se a da maternidade Leila Diniz no Rio de Janeiro em 1994, inspirada na maternidade francesa de *Pithiviers*, idealizada pelo médico Michel Odent, com um ambiente mais favorável ao parto normal, inclusive em posições verticais e a criação do Prêmio Galba de Araújo para maternidades humanizadas em 1998 (Mouta e Progianti, 2009;Riscado, 2016)

Neste mesmo ano o Ministério da Saúde (MS) lançou a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de enfermagem, por meio das portarias MS/GM 2.815, reconhecendo o parto assistido pelo profissional enfermeiro e MS/GM 2.816 que limitava o pagamento das cesarianas, ambas de de 29 de maio de 1998. Em 1999 a Portaria/GM n. 985, que trata da implantação dos Centros de Parto Normal (CPN) ou Casas de Parto no Sistema Único de Saúde (SUS). Todas essas ações tinham por intuito o incentivo à assistência ao parto normal e a redução das taxas de cesarianas (Pereira e Moura, 2009).

Essas e outras ações fizeram parte de uma organização nacional para o aumento do acesso das mulheres aos serviços de saúde com profissionais qualificados. A partir da década de 1990 no Brasil, diversos indicadores de saúde apresentaram melhora, principalmente com o

aumento do acesso aos serviços. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006 apontaram que as mulheres passaram a ter melhor nutrição, reduziram o hábito de fumar, passaram a ter menos filhos e maior intervalo entre eles, iniciaram o pré-natal mais cedo com a realização de mais consultas, maior imunização, diagnósticos precoces de infecção e mais consultas de pós-parto (Brasil, 2009). Contudo, apesar de aparentemente a gravidez e o parto estarem mais seguros no Brasil, não há evidências de melhora e redução significativa de mortalidade materna no Brasil. É o que o que Diniz (2009) chama de paradoxo perinatal.

Em comparação ao ano de 1996, a PNDS de 2006 verificou um aumento na cobertura pré-natal de 85,7% para 98,7% no país, sendo o aumento mais expressivo no meio rural, que foi de 68,1% para 96,4%. Uma maior proporção de mulheres iniciou essa assistência no primeiro trimestre, que passou de 77,4% para 83,6%. O acesso ao parto hospitalar também aumentou, passando de 91,5% para 98,4% e assistência por profissionais legalmente habilitados, como médicos e enfermeiros aumentou de 87% para 98%. Durante esse período o aumento das cesáreas foi de 36% para 44% (Brasil, 2009). Os dados disponíveis no DATASUS mostram a porcentagem de cesarianas no país desde 1994, quando representava 32% dos partos, chegando a 37,8% no ano 2000, e ultrapassando a margem dos 50%, em 2009 (DATASUS, 2019). Desde então, se tornou oficialmente o modo majoritário de nascer no país, chegando a 57,2%, segundo os dados preliminares de 2020 (DATASUS, 2021).

Os comitês de óbitos maternos no país começaram a se organizar em 1988 em São Paulo, visando monitorar suas ocorrências, melhorar a qualidade da notificação dos óbitos e conhecer suas causas. Em 2001, o país já tinha mais de 300 comitês regionais, municipais e hospitalares. Entretanto, as taxas de mortalidades materna e neonatal brasileiras não diminuíram proporcionalmente ao aumento do acesso aos serviços de saúde e intervenções aplicadas empregadas durante o trabalho de parto e parto e as principais causas de morte continuam a ser hemorragias e hipertensão arterial, ambas evitáveis (Leal, 2008).

A razão de mortalidade materna em 2002, segundo o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças da Organização Mundial da Saúde, era de 75,9 por 100 mil nascidos vivos (NV) com os fatores de correção e destacou a importante variação entre as capitais, que foram de 42 a 73,2 por 100 mil NV, revelando assim a grande desigualdade do país no cuidado (Leal, 2008). A nível de comparação trazemos os dados da metanálise de Betrán et al. (2005) que avaliou 141 países e verificou que a média nos países desenvolvidos era de 7 por 100 mil NV, variando

entre 4 e 14 por 100 mil NV, na Ásia a média foi 37, América Latina 71 e África 498 por 100 mil NV.

A mortalidade materna é um indicador que compõe o índice de desenvolvimento humano e social, refletindo fatores biológicos, nível de socioeconômico, qualidade na assistência à saúde, iniquidade entre gêneros e determinação política de promoção de saúde pública. Consiste em morte durante a gestação ou dentro do período de 42 dias após seu término, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou por medidas em relação a ela, com exceção das causas acidentais (Organização Mundial da Saúde, 2000). É considerada uma grave violação dos direitos humanos das mulheres, por ser uma morte precoce e evitável, na maioria das vezes com acesso aos serviços de saúde e atendimento oportuno (Souza, 2013; Szwarcwald et al. 2014).

Para Leal (2008), ainda são necessárias ações, além de cobertura, de melhora da qualidade da atenção prestada, diminuição de complicações decorrentes de gestações indesejadas e realização de novos estudos com o intuito de atualizar os dados disponíveis. Em uma tentativa de reduzir os efeitos apontados foram publicadas em 2000 novas diretrizes do Ministério da Saúde com base nas recomendações da OMS intitulado: Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), ambos juntos propunham um cuidado mais acolhedor, com atenção ao pré-natal, parto e puerpério com enfoque humanizado com bom uso das intervenções e boas práticas disponíveis (Rattner, 2009; Almeida e Tanaka, 2009).

Partindo dessa discussão e inserida em um contexto de saúde reprodutiva e direitos sexuais, a mortalidade materna passou a ser um dos mais relevantes indicadores de desenvolvimento social. Em 2008 ocorreram a I Conferência Nacional e a I Conferência Internacional sobre os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio no âmbito da Saúde, promovidas pelas Nações Unidas, que determinaram metas para o ano de 2015, (Souza, 2015; United Nations, 2015). O Objetivo 5 compreendia a melhora na saúde das gestantes, e foi nesse que o Brasil encontrou maior dificuldade de alcançar. A meta de redução era de $\frac{3}{4}$ de razão de morte materna com base na razão de mortalidade materna de 1990. Ou seja, reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 141 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos, para 35 óbitos/100 mil nascidos vivos em 2015. No entanto, o país ficou longe de atingir esse objetivo, reduzindo a RMM para 65 óbitos/100 mil nascidos vivos no período (United Nations, 2015).

As taxas elevadas de cesariana aparecem como um dos fatores que colaboraram para a manutenção das taxas de mortalidade materna. Segundo os dados da pesquisa Nascer no Brasil, colhidos entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, com 23.894 mulheres atendidas pelos setores público, privado e misto, em todas as regiões do país, 51,9% dos nascimentos ocorreram por cesariana, 43,1% via vaginal com intervenções e apenas 5% vaginais sem qualquer intervenção. Destaca-se que a cesariana ocorreu em 45,5% das mulheres de risco habitual, ou seja, que não apresentaram complicações durante toda sua gestação (Leal et al., 2014). Mesmo entre os partos vaginais citados na pesquisa, destaca-se o uso de intervenções para sua aceleração e condução, como: infusão de ocitocina (36,4%), amniotomia (39,1%), manobra de Kristeller (36,1%) e episiotomia (53,5%), sendo a maioria das intervenções realizadas também em mulheres de risco habitual (Leal et al., 2014).

Dias e colaboradores (2016) avaliaram os fatores associados à realização de cesarianas em primíparas, de gestação única e apresentação cefálica no sistema público de saúde brasileiro. Identificaram que os fatores de risco para a cirurgia eram a ocorrência de condições clínicas e obstétricas potencialmente relacionadas a emergências antes do parto, admissão precoce em serviço hospitalar, decisão no final da gestação e uso de analgesia no trabalho de parto. Os fatores de proteção foram as orientações favoráveis ao parto normal durante o pré-natal, a indução do trabalho de parto e o uso de boas práticas clínicas durante o trabalho de parto. Outro estudo, considerando primigestas adolescentes, os fatores mais fortemente associados à cesariana foram considerar esta via de parto mais segura, parto financiado pelo setor privado, mesmo profissional de saúde assistindo pré-natal e parto e apresentar antecedentes clínicos de risco e intercorrências na gestação (Gama et al., 2014).

Assim, com o desafio de conter a morte materna no país, o Ministério da Saúde instituiu algumas medidas. Além de ampliar a cobertura pré-natal e o aprimoramento dos profissionais, ações para a redução de cirurgias cesarianas desnecessárias foram implementadas. Dentre essas ações está a criação da Rede Cegonha em 2011, um projeto que incluiu o planejamento reprodutivo, programas de educação sexual, assistência pré-natal, ao parto e cuidados puerperais. Além do Programa de Formação em Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal (Souza 2015; Brasil, 2018).

Todas as ações apontadas foram referentes aos cuidados no sistema público de saúde, só no ano de 2000, com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as diretrizes aplicadas ao SUS (Rattner, 2009) passaram a ser também um objetivo do sistema privado, em 2008 houve a Campanha pelo Parto Normal e em 2017 foi criado o programa Parto

Adequado, que buscou reduzir o excesso de cesarianas, bem como instituir algumas ações, como a obrigatoriedade da exposição das taxas de cesarianas dos serviços e profissionais, além da utilização do partograma com o registro do trabalho de parto e a indicação do possível motivo da cirurgia (Souza, 2015; Ministério da Saúde, 2018; Ministério da Saúde, 2019). Entretanto, as modificações têm se mostrado difíceis e o setor privado não tem aderido às regulamentações estatais (Maia, 2010).

Destacam-se também as ações apresentadas após este período, como a resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM nº 2.144/2016), a qual estabelece que a cesariana em situação de risco habitual a pedido somente poderá ser realizada a partir da 39ª semana de gestação. Outra ação foi o projeto de aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia, denominado Apice-On, lançado em 2017 pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo é melhorar a formação clínica e a gestão do cuidado em relação ao parto, nascimento e abortamento em hospitais universitários e/ou que atuam como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha, utilizando um modelo baseado em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos (Leal, 2018).

Políticas públicas bem conduzidas podem mudar o cenário da atenção obstétrica no país, foi o que concluíram Leal e colaboradores (2019) por meio de um estudo que comparou os achados dos estudos de avaliação da Rede Cegonha e do Parto Adequado com os encontrados pelos estudos Nascir no Brasil (NB) entre os anos de 2011 e 2017. Contudo, verificou-se que na rede pública os achados ficaram aquém do esperado na implementação do programa. Resultados da Rede Cegonha foram comparados aos da rede pública no NB, não havendo diferença na proporção de partos vaginais, enquanto as cesáreas intraparto aumentaram (8,9% para 13,6%) e aquelas antes do trabalho de parto reduziram (34% para 30,2%), apontando uma melhoria, ou seja, o aumento na proporção de cesarianas após o início do trabalho de parto.

O Nascir Saudável, comparado aos dados da rede privada do NB apontou aumento na taxa de parto vaginal (12,3% para 22,8%) e cesarianas intraparto (5,5% para 13%) e redução de cirurgias sem trabalho de parto (82,2% para 64,2%), mostrando redução das cesáreas pré-agendadas. Os pesquisadores verificaram também aumento de acesso às tecnologias adequadas para o parto, como uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, deambulação, consumo de líquidos e alimentos e presença de acompanhantes, com redução de intervenções como episiotomia, kristeller e partos em posição litotômica (Leal et al. 2019).

O desafio em reduzir a razão de mortalidade materna e as taxas de cesariana continuam. Rodrigues et al. (2019), avaliaram dados disponibilizados pelo Sistema de Informações de

Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em relação à mortalidade materna entre os anos de 2006 e 2017 no Brasil. O período iniciou com uma taxa de 55,6 óbitos por 100 mil nascidos vivos, apresentou um pico de 65,3 óbitos em 2009 e encerrou com 58,7 óbitos por 100 mil NV em 2017. A desigualdade entre as regiões é evidente, com 35,9 por 100 mil NV na região Sul 76,7 por 100 mil NV na região Norte. No ano de 2019 a variação foi de 85,2 óbitos maternos por 100 mil NV no Norte e 38,3 por 100 mil NV no Sul, sendo a razão nacional de 57,9 por 100 mil NV (Brasil, 2021). Chama a atenção o crescimento mais relevante na razão de mortalidade materna na região Norte.

No ano de 2018 a Organização Mundial da Saúde (OMS) atualizou suas recomendações de boas práticas com relação à condução dos partos sem complicação como parte da Estratégia Global para a Saúde das Mulheres, Crianças e Adolescentes para 2030, destacando a importância não apenas da sobrevivência às possíveis complicações relacionadas ao parto, mas também a busca por garantir uma experiência mais saudável. No texto, a OMS destaca que o conceito de “normalidade” do parto não é um consenso universal, e que nas décadas de 1990 e 2000 houve um aumento de práticas para iniciar, acelerar, finalizar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto com o intuito de melhorar os resultados para mulheres e bebês. Este aumento da medicalização do processo do parto tende a minar a própria capacidade das mulheres em parir, podendo impactar negativamente na sua experiência de parto, além de dificultar a real compreensão de necessidade dos recursos (World Health Organization, 2018).

Estamos diante, portanto, de uma chance para criação de novas estratégias que visem alcançar os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas para 2030 nos quais permanece a meta pela redução da mortalidade materna e inclui a redução do número de cirurgias desnecessárias (Souza, 2015).

2.4 A PRIMEIRA CESÁREA

Os impactos da primeira cesariana na vida sexual e reprodutiva das mulheres, apesar de já claros na literatura, não são discutidos durante a escolha da via de parto de primigestas. A comparação entre os desfechos relacionados à cesariana ou ao parto vaginal é de difícil conclusão por haver muitos fatores relacionados, como as doenças maternas pregressas ou gestacionais, que influenciam na saúde da mulher e do bebê após o nascimento. O delineamento do estudo pode também tem questões éticas e operacionais que dificultem sua condução, bem

como a comparação entre realidades econômicas e acesso a recursos de saúde entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Ye et al, (2016) verificaram em um estudo ecológico com dados mundiais das taxas de cesarianas e mortalidade materna e neonatal entre os anos de 2000 e 2012. Essas taxas são contrastantes quando categorizadas de acordo com o desenvolvimento econômico dos países, porcentagens muito baixas representam falta de acesso ao procedimento quando necessário, podendo aumentar as taxas de mortalidade materna e neonatal. Quando os dados foram ajustados pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de cada um dos países, maneira de anular os efeitos do acesso à saúde e distribuição de renda agregados a esse índice, verificou-se que correlação negativa entre as taxas de cesárea e a mortalidade materna e neonatal, com uma drástica diminuição das taxas de mortalidade conforme o acesso à cesárea aumentava. Entretanto, isso só ocorreu enquanto até 10% de cesáreas, após essa taxa não houve mais correlação, ou seja, para além desse marco, os dados não demonstraram que a cesariana evita mortes maternas ou neonatais, reforçando as recomendações da OMS de que a taxa ideal de incidência da cirurgia ficaria entre 10-15% (World Health Organization, 1985).

Pensando nessas questões, Kamilya et al. (2010) desenvolveram um estudo de coorte retrospectiva com casos de mortalidade materna de 2003 a 2006 em um hospital universitário de Kolkar, na Índia. Foram excluídos da análise os óbitos relacionados a doenças crônicas maternas pré-existentes e a complicações gestacionais desenvolvidas durante a gestação e antes do parto que pudessem ter influência direta sobre a morte materna. Das 13.628 cesáreas, encontraram 28 casos de morte materna e dos 30.215 partos vaginais, 19 casos. Quando ajustados por idade e paridade, que mostraram influência na mortalidade, o risco de morte materna relacionado à cesariana foi 3,01 vezes maior do que ao parto vaginal. As mortes relacionadas à cesariana tinham por principal razão o tromboembolismo venoso, infecção puerperal, embolismo por líquido amniótico e hemorragia pós-parto. Importante ressalta que 42,3% das cesarianas tiveram cesárea prévia como indicação e foram entre as mulheres com cesariana de repetição que ocorreram 12 dos 28 óbitos, ou seja, 42,9% dos óbitos.

Mesmo em países desenvolvidos, com atendimento obstétrico mais estruturado podemos considerar que a cesariana aumenta os riscos de morte materna. Os achados do estudo anterior vão ao encontro dos de Deneux-Tharoux et al. (2006) que, por meio de um estudo caso-controle, avaliou 65 óbitos maternos não relacionados a patologias pregressas e gestacionais entre os anos de 1996 e 2000 na França, comparando com controles provenientes de um inquérito perinatal francês. Após o ajuste pelos potenciais confundidores idade materna,

nacionalidade, paridade e parto prematuro, o estudo encontrou um risco de 3,64 vezes maior para a morte materna em cesarianas comparado aos partos vaginais. As principais causas de morte associadas para todas as mortes por cesárea seguiram as do estudo já citado.

Uma revisão sistemática de estudos que comparavam a mortalidade materna e o tipo de parto concluiu que, apesar de os sete estudos encontrados demonstrarem um aumento de risco de mortalidade materna em mulheres que tiveram cesariana, com razão de chances variando entre 1,6 a 7,1, mais estudos eram necessários sobre o tema, principalmente levando em consideração a diferença no risco obstétrico (Fahmy et al., 2018).

No Brasil, Esteves-Pereira e colaboradores (2016) realizaram outro estudo caso controle de base populacional com 73 casos de morte materna de 2009 a 2012 registrados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), também com a exclusão de mortes relacionadas a causas anteriores ao parto e controles do inquérito Nascer no Brasil, mesma base de dados deste projeto. Controlado por idade materna, anos de escolaridade, paridade, cesariana prévia, parto prematuro, macrorregião do país e tipo de hospital. Seus achados foram parecidos, com o risco 2,87 vezes maior de óbito materno em cesarianas comparado aos partos vaginais. Com relação à razão de morte relacionada a cesárea, os dados apontaram chance duas vezes mais relacionadas à hemorragia pós-parto, o tromboembolismo não foi diferente entre os grupos.

Outro estudo foi uma metanálise sobre complicações maternas agudas associadas à via de parto em gestações sem complicações obstétricas, incluiu oito estudos, totalizando 1.051.543 mulheres. A infecção pós-parto foi mais frequente entre as que passaram pela cirurgia, com a chance de 2,83, bem como a necessidade de internação em UTI, seja nas cesarianas intraparto (OR= 58,85), ou agendadas (OR= 30,75). Já a hemorragia foi menor naquelas que tiveram cesariana (OR= 0,52), não havendo diferença na necessidade de transfusão de sangue, sendo baixo o nível de evidência para essa avaliação. Vale destacar que a chance de mortalidade materna entre as mulheres que passaram por uma cesariana foi 3,1 vezes a de uma mulher que passou por um parto normal (Mascarello et al., 2017).

2.4.1 Consequências das cesáreas na saúde dos bebês

Como já descrito anteriormente, o país, por meio de inúmeras políticas públicas promoveu um aumento na cobertura pré-natal, hospitalização dos partos e qualificação dos profissionais de atendimentos ao parto (Brasil, 2009). Além do impacto na mortalidade materna, encontra-se impactos diretos na saúde fetal e neonatal, ou seja, dos fetos a partir de 22

semanas gestacionais até os primeiros 28 dias após o nascimento (World Health Organization, 1996). De fato, esses óbitos apresentaram queda, entretanto, o impacto foi muito maior nos motivados por prematuridade. Quanto mais perto do nascimento, menor foi essa queda, chegando a haver aumento de mortes por asfixia, o que pode significar falhas no cuidado obstétrico (Fonseca e Coutinho, 2004).

Esses dados foram apontados por estudos como o de Menezes et al. (1996), que comparou as taxas de mortalidade perinatal, fetal e neonatal precoce entre as coortes de 1982 e 1993 em Pelotas, no Rio Grande do Sul e por Leal e Szwarcwald (1996), que avaliaram os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no estado do Rio de Janeiro entre 1979 e 1993. Segundo as pesquisadoras, houve diminuição de óbitos por imaturidade e restrição de crescimento intrauterino, enquanto aumentaram os motivados por problemas respiratórios.

A mortalidade infantil como um todo teve queda no Brasil, ao contrário da mortalidade materna, atingimos essa meta entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), mas a redução foi menos acentuada quando se tratou de morte neonatal, que ocorre do nascimento até o 27º dia de vida. A prematuridade como causa de óbito também teve uma queda notável, passando de 11,35/1000 N.V. para 3,18/1000 N.V., uma redução de 72%, mas continua sendo a principal causa de morte em menores de cinco anos no Brasil. Esses dados reforçam os que os resultados são provenientes da maior cobertura na atenção a saúde e evidencia a importância de melhora em fatores ligados ao período perinatal, em especial ao parto, momento em que se concentram a maior parte dos óbitos, com uma atenção especial à prematuridade iatrogênica, associada as elevadas taxas de cesarianas no país (França et al., 2017).

Em muitos casos o argumento de que a cesárea é a opção mais saudável para o bebê é utilizado, entretanto os dados demonstram que o excesso de cirurgias também gera impacto na saúde do concepto. De acordo com a Organização Mundial da saúde, o Brasil está entre os 10 países que mais contribuem para as taxas de prematuridade no mundo (Blencowe et al., 2013) e essas taxas podem estar relacionadas ao excesso de cesáreas. Esses dados foram acessados pelo estudo Nascer no Brasil, que revelou uma taxa de prematuridade de 11,5%, quase duas vezes a de países europeus e 39,3% desses partos são iniciados pelos profissionais da assistência, com 90% antes do início de trabalho de parto. Cerca de 74% desses nascimentos ocorrem entre 34 e 36 semanas, período chamado de prematuridade tardia e que pode estar relacionada aos às cesáreas agendadas em períodos precoces, uma prematuridade iatrogênica (Leal et al. 2016). Comparados aos nascidos a termo, os prematuros tardios têm maior chance de apresentarem

síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular, dificuldade de amamentação, hipoglicemia, hiperglicemia, óbito neonatal ou infantil e problemas de desenvolvimento neurológico (Engle, 2011; Shapiro-Mendoza e Lackritz, 2012; Williams e Pugh, 2018; Delnord e Zeitlin, 2019; Snyers et al., 2020)

A prematuridade no Brasil tem duas faces que se completam para a taxa total, sendo elas a falta de acesso aos cuidados em saúde e a intervenção profissional. Enquanto os partos prematuros espontâneos estão relacionados com fatores socioeconômicos associados à maior vulnerabilidade, como menos anos de escolaridade e acesso ao pré-natal, e obstétricos como história anterior de prematuridade, infecções e gestações múltiplas, os partos iniciados pelo provedor estão associados aos serviços privados, duas ou mais cesáreas anteriores, gestações múltiplas ou patologias maternas e fetais, que são identificadas e, sem protocolos de indução em período ideal estabelecidos, acabam em cesárea sem qualquer manejo obstétrico (Leal et al., 2016).

Mesmo a termo, o período que precede as 40 semanas de gestação é de extrema importância para o desenvolvimento encefálico e pulmonar dos bebês. Outro dado brasileiro preocupante para os pesquisadores do estudo Nascer no Brasil foi a proporção de 35% de nascimentos entre 37 e 38 semanas, embora não sejam prematuros, esses bebês ainda poderiam ganhar mais peso e maturidade de chegasse às 39 semanas, essa epidemia silenciosa de bebês que, em geral, recebem alta se nenhuma complicação aparente, é explicado pelo elevado número de cesarianas agendadas antes do início do trabalho de parto (Nascer no Brasil et al., 2014). Entretanto, esses bebês apresentam mais taquipnéia transitória após o nascimento e são mais frequentemente em Unidade de Terapia Intensiva, foi o que concluíram os autores de um estudo de coorte que avaliou os dados de 2.086 nascimentos (Pirjani et al., 2018).

A simples ausência dos benefícios do parto vaginal já pode ser apontada como consequência negativa das cesáreas, que quando há indicação clínica de cirurgia não é discutível. Entretanto, a privação desses benefícios, podem afetar a vida do conceito em longo prazo, chegando à vida adulta. Durante o parto vaginal, algumas cepas de bactérias são transmitidas da mãe para o bebê e sua colonização apresenta diferenças em comparação aos nascidos por cesariana. Essas diferenças afetam a fisiologia dos indivíduos a curto e longo prazo, estando associadas a doenças relacionadas à distúrbios inflamatórios, imunológicos, metabólicos e algumas doenças crônicas. Isso ocorre por meio da transmissão de bactérias gram-negativas, que aumentam a estimulação da cascata de biossíntese de lipopolissacarídeos (LPS), promovendo a produção de citocinas pró-inflamatórias (TNF-a e IL-18) no plasma,

com maior potencial imunostimulante (Eggesbø et al. 2003; Huh et al. 2012; Sevelsted et al. 2015; Wampach et al. 2018).

2.5 QUANTO MAIS CESÁREA, PIOR SERÁ A CESÁREA

Como em qualquer intervenção cirúrgica, no local onde há a incisão e cicatrização, há risco de aderências teciduais e alterações na circulação local. Em futuras gestações, essas alterações podem levar a implantações anômalas da placenta, que pode ter uma inserção mais baixa (placenta prévia) ou mais profunda (placenta acreta), ou as duas. Mulheres com placenta prévia têm maior risco de acretismo, o que pode ampliar com o número de cirurgias, que podem ainda ser mais longas, levando ao aumento de risco de hemorragias e infecções (Silver et al, 2006; Guise et al., 2010; Grasim e Al Jama, 2013).

Os riscos citados aumentam com o número de cesarianas. Guise e colaboradores (2010) identificaram em seu estudo que mulheres com cesárea anterior tiveram aumento significativo de placentas prévias com 12 a cada 1000 e os riscos ainda se sobrepõem, mulheres com placenta prévia e cesárea anterior apresentara mais transfusão sanguínea (15% vs 32,2%), histerectomia (0,7% vs 4%) e e morbidades como coagulopatias, problemas de cicatrização, edema pulmonar, tromboembolismo e outras complicações que podem estar presentes em cirurgias (15 vs 23-30 %). Quando há mais de três cesáreas anteriores e placenta prévia a incidência de acretismo é de 50-67% e essas complicações podem levar à morte materna e do concepto.

Silver e colaboradores (2006) mensuraram a magnitude da morbidade materna associada ao número de cesáreas e por meio de uma coorte com 30.132 mulheres e verificaram um aumento significativo no número de acretismos placentários, transfusão de mais de quatro unidades de sangue, admissão em Unidade de Terapia Intensiva, lesão de bexiga, lesão de uretra, cistotomia, presença de placenta prévia, necessidade de ventilação pós-operatória, tempo de cirurgia e período de internação. A magnitude aumentou com o número de cirurgias. Ao avaliar as razões de chance, o acretismo placentário se mostrou significativo a partir da terceira cesárea (OR 2,4 IC 1,3-4,3), até a sexta ou mais (29,8; IC 11,3-78,7). A histerectomia teve razão de chance significativamente maior a partir da quarta cesárea (OR 3,8; IC 2,4-6,0) até a sexta ou mais (OR 15,2; IC 6,9-33,5). A cicatriz uterina da cesariana pode interferir na circulação local, por isso a inserção da placenta tende a ser anômala e quando prévias, o risco de acretismo pode se sobrepor, dentre as 723 mulheres com placenta prévia a porcentagem de placentas acretas de acordo com o tipo de parto foi 3%, 11%, 40%, 61%, e 67%.

Outro estudo sobre o tema foi uma coorte retrospectiva com 144 mulheres com quatro cesáreas ou mais e 288 com duas ou três cesáreas, que identificou maior tempo de cirurgia devido a aderências severas, que também foram mais frequentes, necessidade de transfusão sanguínea, rotura uterina, placenta prévia, menor idade gestacional durante o parto, parto pré-termo e Apgar menor do que sete no 5º minuto entre as mulheres com mais cesáreas. Não houve diferença com relação ao acretismo placentário, lesão de bexiga e intestino, histerectomia, infecção na lesão cirúrgica, e febre. Não houve diferença com relação aos desfechos perinatais (Grasim et al Jama, 2013).

As complicações apresentadas também aparecem em estudos brasileiros. Dias e colaboradores (2014) avaliaram os dados da pesquisa *Nascer no Brasil* no que tange os casos de *Near Miss* materno que, de acordo com da Organização Mundial da Saúde, se define como casos em que “*uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação*” (Say et al., 2009), cujos resultados apontam maior incidência desses casos em mulheres com cesarianas anteriores, que aumentam de acordo com o crescimento do número de cesarianas prévias. Foi encontrado um risco relativo de 1,9 (IC 95% - 1,1-3,4) para os casos de uma cesariana anterior e 2,5 (IC 95% - 1,5-4,2) para os casos de duas cesarianas ou mais.

O *near miss* é uma alternativa que reflete a morbidade materna, como sua frequência é maior do que a mortalidade, sua compreensão pode trazer dados mais robustos sobre a qualidade do cuidado à saúde das mulheres. Sua comparabilidade depende do uso padronizado de variáveis e métodos de mensuração. Os critérios adotados pela Organização Mundial da Saúde envolvem métodos de avaliação de disfunção cardiovascular, respiratória renal, hepática, hemorrágica, neurológica e uterina. As complicações incluem hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia severa, eclâmpsia, rotura uterina e complicações severas pós aborto. Algumas intervenções também podem ser incluídas, como admissão em Unidade de Terapia Intensiva, radiologia intervencionista, laparotomia e transfusão sanguínea (WHO, 2011).

2.6 VIA DE PARTO APÓS A CESÁREA

Ainda na década de 1960, alguns estudos já apontavam para a segurança do parto vaginal como via de nascimento após uma cesárea e em 1980 o *National Institute of Health* (NIH) nos Estados Unidos organizou a primeira conferência em que se questionou a conformidade da cesariana de repetição e apontaram que o VBAC poderia ser considerado

(NIH, 2010). Apesar de suas recomendações, nos Estados Unidos, a partir de 1996, aproximadamente 1/3 dos hospitais e metade dos médicos já não ofereciam o VBAC como uma opção e, em 2006, 92% das mulheres com cesáreas prévias tiveram outra cirurgia nos partos posteriores, colaborando com o aumento da taxa geral. Assim, o NIH reconheceu a primeira cesárea como direcionadora importante para esse aumento e a prevenção da cesariana em nulíparas como uma ação importante (National Institutes of Health, 2010).

Muitas sociedades profissionais já se posicionaram quanto à segurança do VBAC, como o *American College of Obstetrics and Gynecology* nos Estados Unidos (American College of Obstetricians and Gynecologist, 2010), a *Society of Obstetricians and Gynecology of Canada* (SOGC) no Canadá (Martel e MacKinnon, 2018) e o *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) no Reino Unido (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2009). Eles concordam que o trabalho de parto deve ser oferecido a mulheres com uma ou duas cesáreas anteriores com incisão baixa e transversa, destacando que o aconselhamento deve ser documentado e incluir os riscos maternos e fetais. Há consenso que pode haver indução de parto, quando indicado, preferencialmente com início mecânico da dilatação como com uso do balão intracervical, podendo-se utilizar ocitocina, se necessário, e não recomendam o uso de misoprostol. A anestesia peridural não é contraindicada por nenhuma delas.

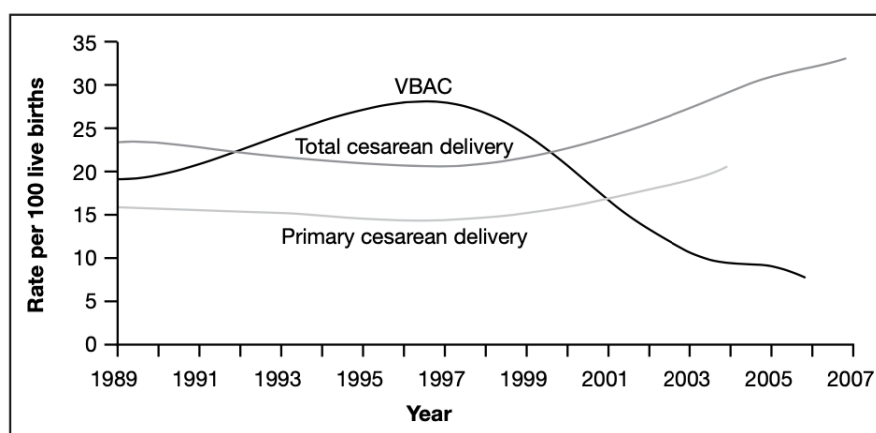
O Ministério da Saúde (MS) brasileiro também reconhece a segurança do VBAC, destacando que são necessários aconselhamentos às mulheres com relação a seus riscos e benefícios, bem como respeito às preferências e prioridades das mulheres. Mulheres com mais de três cesáreas devem ser orientadas quanto ao risco da rotura uterina, porém o risco deve ser pesado contra os de um novo procedimento cirúrgico. É recomendada a monitorização fetal intermitente e assistência ao parto em um ambiente com acesso imediato à cesariana, caso necessário. Ele não recomenda ultrassonografia da cicatriz uterina segmentar e pelvimetria, afirma que o VBAC pode ser realizado, mesmo com intervalo menor do que seis meses, se as condições obstétricas forem favoráveis. A indução deve também ser utilizada com indicação clínica e uso prudente de balão cervical e ocitocina, o uso do misoprostol é contraindicado, bem como o trabalho de parto em mulheres com cicatriz uterina longitudinal (Brasil, 2015).

Com relação às mulheres com mais de três cesarianas, o MS destaca que este é um grupo menor, uma vez que é comum a realização de ligadura tubária na terceira cirurgia, apesar de um parto vaginal nesses casos ter pouco impacto nas taxas globais de cesariana, o maior risco de rotura uterina em caso de VBA3C deve ser pesado contra o aumento de hemorragia,

histerectomia, lesão vesical de alças intestinais quando se repete um cesariana após múltiplas cirurgias (Brasil, 2015).

O VBAC também é uma maneira efetiva de redução das taxas globais de cesariana, estudos demonstram que para cada 1% de aumento na taxa de VBAC há uma queda de 0,58% na taxa total de cesarianas (National Institutes of Health, 2010). A Figura 1 ilustra as taxas de cesáreas de repetição e VBAC nos Estados Unidos entre 1989 e 2007. As taxas de VBAC aumentaram de 19,9% em 1990 para 28,3% em 1996, consequentemente as taxas de cesárea diminuíram de 22,7% para 20,7% no mesmo período. Entretanto, em 1996 e 2001, estudos publicados por McMahon et al, (1996) e Lydon-Rochelle et al., (2001) apontaram um maior risco de complicações maternas graves e rotura uterina em mulheres que passaram pelo trabalho de parto após cesariana. O impacto dessas publicações levou a mudança de preferências entre pacientes, prestadores de serviço e pressões médico-legais que levaram à redução na taxa de VBAC e consequente aumento de cesarianas (Sabol et al., 2015).

Figura 1: Gráfico da taxa total de cesáreas, partos vaginais e cesáreas de repetição, por 100 nascidos vivos, entre 1989 e 2007 nos Estados Unidos.



Fonte: National Institutes of Health (NIH). Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8–10, 2010. *Obstet Gynecol* 2010;115:pg 4.

Posteriormente, esses estudos foram incluídos na metanálise de Guise e colaboradores (2010) com estudos de 1966 a 2009, comparando os resultados de cesáreas eletivas e trabalhos de parto após cesarianas prévias, incluindo 203 estudos após a seleção de qualidade dos mesmos. Do total de mulheres que entraram em trabalho de parto, 74% tiveram parto vaginal, a porcentagem total de rotura uterina foi de três em 1000, nas mulheres que estavam em trabalho de parto foi 4,7 em 1000 e naquelas que passaram por outro procedimento cirúrgico foi de 0,3 em 1000. Vale ressaltar que os fatores associados à rotura foram, em sua maioria, relacionados

à técnica da cirurgia anterior ou a intervenções utilizadas no parto vaginal em questão. Não houve casos de morte materna relacionados às roturas (Guise et al, 2010).

A primeira cesariana foi relacionada ao aumento significativo no número de histerectomias no parto atual, bem como a presença de aderências. Ambas estão relacionadas ao aumento de complicações perioperatórias, levando a maior duração da cirurgia. A taxa de mortalidade materna foi maior entre as mulheres com cesariana repetida, 13,4 contra 3,8 por 100.00 nascidos vivos nas de parto vaginal, que apresentou, portanto, proteção, com um RR=0,33 (IC 95%: 0,13-0,88), com um recorte só de partos a termo o RR é semelhante, 0,27 (IC 95%: 0,09-0,85). Este estudo é até hoje a principal coletânea de evidências sobre o tema (Guise et al, 2010).

Questões éticas e operacionais dificultam que a comparação entre os tipos de parto após uma cesariana seja realizada por meio de ensaios clínicos randomizados, entretanto, estudos com outros delineamentos fazem essa comparação. Uma coorte foi conduzida nos Estados Unidos com a participação de 19 centros, incluindo 33.699 mulheres com uma ou mais cesarianas anteriores, mais de 20 semanas gestacionais e sem indicações absolutas de cesariana. Dentre elas, 46,9% agendaram outra cirurgia e 53,1% planejaram um parto vaginal, dessas 73,4% atingiram seu objetivo, havendo associação entre o parto vaginal e idade menor do que 30 anos, raça/cor preta ou parda, estado civil solteira, não obesidade, receber assistência governamental e idade gestacional menor do que 37 ou maior do que 41 semanas (Landon et al., 2004).

A rotura uterina ocorreu em 0,7% dos casos de parto vaginal planejado, a maioria com uso de ocitocina ou indução. Este estudo contém diferentes tipos de incisão e da cesariana anterior, como incisões baixas verticais (102 mulheres) e a antiga clássica incisão em “T invertido” (105 mulheres), com diferença nas taxas de rotura e, apesar de isso ser considerado para essa análise, não está claro na análise dos óbitos (Landon, 2004). Segundo os autores, não foi encontrada diferença estatisticamente significava entre os grupos no que diz respeito à histerectomias e mortes maternas, entretanto, ocorreram três óbitos maternos no grupo de mulheres em trabalho de parto, um por pré-eclâmpsia com falência hepática, um com parada cardíaca em crise falciforme e um por hemorragia. Os óbitos por cesariana eletiva foram sete, sendo dois atribuídos pelos autores como provocados pela cesariana, um por hemorragia e outro por complicações anestésicas. Dos cinco casos restantes, quatro foram suspeitas de embolia por líquido amniótico e um por dissecação de aorta, a falta de relação desses óbitos com a cirurgia são discutíveis (Landon, 2004).

Uma revisão sistemática registrada na Cochrane tinha o propósito de comparar os desfechos dos partos planejados para serem cesarianas eletivas, ou agendadas, com os partos planejados para serem vaginais, no entanto apenas dois estudos foram selecionados e, em apenas um, os desfechos maternos e infantis foram avaliados (Dodd et al., 2013). O estudo em questão foi uma coorte realizada na Austrália com 2.345 mulheres com uma cesariana anterior e sem contraindicação para um parto vaginal em 14 maternidades, elas foram divididas de acordo com a preferência para o parto, 47,2% optaram por uma cesariana eletiva (*Elective Repeat Caesarean - ERC*) e 52% por um parto vaginal após cesariana (*Vaginal Birth After Cesarean- VBAC*), dessas, 22 aceitaram ser randomizadas, 12 para VBAC e 10 para (ECR). O método utilizado foi por intenção de tratamento, ou seja, os resultados foram avaliados de acordo com o grupo ao qual pertenciam, independentemente do tipo de parto final (Crowther et al., 2012).

Daquelas que escolheram o ERC, 97,7% tiveram efetivamente cesariana, enquanto as que optaram por VBAC tiveram 56,8% de partos cirúrgicos. A principal justificativa foi cesariana anterior, além de falha de progressão e estresse fetal, demonstrando a dificuldade da realização de um parto vaginal após cesariana, mesmo entre as mulheres que o desejam. Foi encontrado no grupo de ECR menos casos de hemorragia materna ou necessidade de transfusão (0,8% versus 2,3% - RR= 0,37, 95% IC 0,17-0,80). Não houve casos de morte materna e a morbidade grave não foi estatisticamente diferente entre os grupos. As taxas de rotura uterina desse estudo foram mais baixas que a média, com 0,1% para ERC contra 0,2% em VBAC (Crowther, 2012).

Boatin et al. (2017), avaliou respectivamente os dados de 1.247 partos com cesárea anterior de um hospital em Gana, comparando os desfechos de acordo com o planejamento para o parto, sendo eles trabalho de parto (*Trial of Labour After Cesarean - TOLAC*), cesáreas em caso de emergência (*Emergency Repeat Cesarean Delivery - EMCD*) e cesárea em casos de não emergência (*Non- Emergente Repeat Cesarean Delivery - RCD*). A amostra se dividiu entre 377 (30,2%) RCD, 439 (35,2%) EMCD e 431 (34,6%) TOLAC. Comparado às cesáreas sem emergência, o trabalho de parto apresentou menores taxas de eventos adversos maternos, que incluíram rotura uterina, transfusão sanguínea e histerectomia (OR=0,3 IC 95% 0,1-1,0; p=0,04), não houve registro de óbitos e diferença estatística em relação aos eventos perinatais e roturas uterinas. Quando a comparação foi entre as cesáreas de emergência e sem emergência, não houve diferença de risco em eventos adversos maternos, entretanto, nos casos de emergência os eventos adversos perinatais foram maiores (OR=2,4 IC 95% 1,2-4,9; p=0,01) .

As complicações maternas podem ser mais severas em mulheres com cesárea anterior e com idade mais avançada. Um estudo comparou nos Estados Unidos comparou 67.389 registros de partos de mulheres com cesáreas anteriores de acordo com a idade. Mulheres com 40 anos ou mais tiveram mais cesárea de repetição (48%) em relação às de menor idade (41,2%). Elas apresentaram mais comorbidades como diabetes gestacional (16,45% vs 8,7%), hipertensão crônica (8% vs 2,3%) e hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia (14,7% vs 11,1%). Foram maiores as complicações operatórias como necessidade de transfusão sanguínea (RR 1,75; IC 95%: 1,20-2,56), admissão em UTI (RR 2,02; IC 95%: 1,41-2,89) e lesão vesical (RR 3,65; IC 95%: 1,43-9,31), além de acretismo placentário (RR 1,92; IC 95%: 1,09-3,38) e presença de incisão uterina clássica (RR 1,59; IC 95%: 1,43-9,31). Não houve diferença em relação à atonia uterina, uso de uterotônicos, ligação de artéria uterina, cistotomia, rotura uterina e ao óbito materno (Ahmadzia et al., 2021).

A presença de duas cesáreas anteriores também não parece ser justificativa para a terceira cesárea de repetição. Tahseen e Griffiths (2010) investigaram mulheres com duas cirurgias anteriores por meio de uma revisão de literatura, encontrando apenas séries de casos e estudos de coorte a respeito, eles identificaram uma taxa de sucesso, ou seja, porcentagem de partos normais entre as mulheres que entraram em trabalho de parto, de 71,1%. A rotura uterina ocorreu em 1,36% dos partos, histerectomias em 0,55% e transfusões sanguíneas em 2,01%. As admissões de bebês em UTI neonatais ocorreram em 7,78% dos partos e 0,09% foi a porcentagem de asfixias neonatais ou morte. Quando a opção foi a terceira cesárea a morbidade foi considerada igual, ou sem diferença estatisticamente significativa, os dados de morbidade neonatal foram limitados, mas pareceram ser iguais entre os grupos.

Rotem e colaboradores (2020), realizaram uma coorte retrospectiva com dados de prontuário eletrônico dos partos de mulheres com uma e duas cesáreas prévias entre agosto de 2005 e novembro de 2019 de um centro hospitalar israelense. Foram incluídos 11.620 partos. Os critérios para a condução do trabalho de parto incluíam, além do desejo da mulher, pelo menos um parto vaginal anterior, incisão segmenta transversa sem extensão ou aderência severa, peso fetal menor do que 4 quilogramas, apresentação cefálica e início de trabalho de parto espontâneo. Os partos vaginais operatórios (com uso de fórceps ou vácuo extrator) ocorreram mais frequentemente no grupo de mulheres com uma cesárea anterior (9,1 % vs. 5%, $p = 0,02$), o que pode explicar as maiores taxas de lesão perineal grave (0% vs. 0,3%, $p < 0,001$) e uso de episiotomias (11,2% vs. 1,4%, $p \geq 0,01$).

As taxas de rotura uterina não tiveram diferença estatística, com 0,3% nos casos de uma cesárea anterior e 0,6% com duas ($p=0,17$), bem como os casos de hemorragia pós-parto. Os desfechos fetais desfavoráveis, Apgar de 5º minuto <7 , asfixia, necessidade de cuidado intensivo e ventilação mecânica foram mais prevalentes em casos de duas cesáreas anteriores (8,7% vs. 6,2%, $p=,02$). No entanto, quando a avaliação foi feita com controle de confundidores como diabetes materna, gestação gemelar, febre intraparto, descolamento de placenta e distócia de ombro, não foi encontrada mais diferença significativa (OR ajustada 0,72, IC 95% 0,40-1,30) (Rotem et al., 2020).

2.6.1 Parto após cesariana e a saúde do bebê

Segundo a coorte já citada de Landon et al., (2004), não houve diferença nos desfechos neonatais negativos de hipóxia ou morte neonatal quando se considerou apenas os bebês que nasceram a termo (entre 37 e 42 semanas), no acompanhamento de mulheres com uma ou mais cesarianas e sem indicação absoluta para uma nova cirurgia. Porém, quando os partos prematuros e pós-termos foram incluídos, estes desfechos foram encontrados em 0,38% dos trabalhos de parto (12 óbitos e 12 casos de hipóxia), sete desses casos após roturas uterinas e dentre eles dois óbitos. Importante salientar que nascimentos anteriores a 37 semanas, bem como após 41 semanas estavam relacionadas ao parto vaginal, ou seja, o número de cirurgias foi menor nesses grupos em que recém-nascidos prematuros e pós-termos já apresentam maior risco de complicações e mortalidade (Landon, 2004).

Os desfechos perinatais são um contraponto e fator relevante na decisão pela via de parto, se por um lado, o VBAC aparece como protetor para a saúde materna, alguns estudos apontaram um aumento de risco de mortalidade e complicações fetais que precisam ser considerados e estão associados às possíveis roturas uterinas que podem ocorrer durante o trabalho de parto (Go et al., 2011).

A metanálise de Guise e colaboradores (2010) incluiu cinco coortes para avaliar mortalidade perinatal, identificada no período de 20 semanas de gestação a 28 dias de vida. O estudo revelou que o parto vaginal teve uma taxa de mortalidade perinatal de 0,13%, comparado com 0,05% nos casos de cesárea eletiva, um RR de 1,82 (95% IC: 1,24 – 2,67, $P= 0,02$). Vale ressaltar que foi baixa a magnitude de de casos em ambas as situações, com 1,3 óbito por 1000 nascidos vivos nos casos de VBAC e 0,5 nos casos de cesárea. A mortalidade neonatal, que considera os 28 primeiros dias de vida, incluiu seis estudos, para o trabalho de parto a taxa de

mortalidade foi de 0,11% e para a cesárea 0,06%, com um RR de 2,06 (95%IC 1,35-3,13, P= 0,001), uma adição de 0,58 mortes a cada 1000 nascidos vivos. Os demais desfechos apresentaram diferenças menores. A taquipneia transitória do recém-nascido foi mais frequente nas cesáreas eletivas (4,2% vs 3,6%), enquanto a ventilação (5,4% vs 2,5%), intubação neonatal após presença de líquido meconial (11,5% vs 1,5%) entre os de trabalho de parto. Encefalopatia hipoxico-isquêmica, sepse, Apgar de quinto minuto e internação em UTI neonatal não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

O estudo, já citado, de Boatin et al. (2017) avaliou os dados de 1.247 partos com cesárea anterior de um hospital em Gana, comparando os desfechos de acordo com o planejamento para o parto, sendo eles trabalho de parto (*Trial of Labour After Cesarean - TOLAC*), cesáreas em caso de emergência (*Emergency Repeat Cesarean Delivery - EMCD*) e cesárea em casos de não emergência (*Non- Emergente Repeat Cesarean Delivery - RCD*). Identificou que o VBAC, comparado às cesáreas sem emergência, não apresentou diferença estatística em relação aos eventos perinatais em conjunto. Entretanto, separadamente, o trabalho de parto teve mais casos de mortalidade perinatal (5,3% vs 1,3%) e Apgar menor do que 7 no 5º minuto (7,0% vs 3,2%), sem diferença apontada na necessidade de intubação.

Apesar de controversa entre os cientistas, a coorte australiana de Crowther (2012) apresentou resultados com base no total de partos. No grupo de VBAC a taxa de mortes fetais ou neonatais antes da alta hospitalar foi de 2,4%, enquanto no grupo de ECR foi de 0,9%, um risco relativo de 0.39 (95% IC= 0.19-0.80). O risco de morbidade fetal séria também foi menor no grupo com ECR (RR= 0,41 95% IC 0,20-0,83), esta morbidade é definida no estudo como a presença de um ou mais desfechos definidos como traumas de parto (hemorragia subdural ou intracerebral, lesão de medula espinhal, fratura de crânio ou de qualquer outro local e lesão de nervo periférico).

Os efeitos da cesárea de repetição podem se estender durante a infância, bem como uma primeira cirurgia. Um estudo coorte avaliou 22.690 crianças nascidas após cesariana, 19.992 (88,1%) delas nasceram por meio de outra cirurgia e 2.698 (11,9%) por VBAC em um hospital militar nos Estados Unidos. Elas foram acompanhadas por um período de dois anos, as crianças nascidas por VBAC tiveram risco significativamente menor de apresentarem otite média (OR=0,88; IC 95% 0,76-0,97), alergias (OR=0,88; IC 95% 0,78-0,99) e infecções respiratórias (OR=0,80; IC 95% 0,70-0,93) (Kikuchi et al, 2021). A via de nascimento influencia diretamente na colonização de bactérias do recém-nascido e conseqüentemente interfere no seu sistema imunológico, as bactérias do canal vaginal são fundamentais para a construção das defesas do

bebê, deixando-o mais suscetível à infecções (Eggesbø et al. 2003; Huh et al. 2012; Sevelsted et al. 2015; Wampach et al. 2018).

Com relação ao desenvolvimento dos bebês a longo prazo, mais recentemente um estudo de coorte escocês avaliou 44.892 nascimentos de bebês únicos nascidos a termo entre 2002 e 2011 de mulheres com cesárea anterior fazendo um *linkage* com as bases de dados educacionais do país. As crianças entre quatro e 11 anos nascidas por parto vaginal planejado ou cesárea de repetição apresentaram riscos semelhantes de necessidade de educação especial, o que seria um método de avaliação de impacto no desenvolvimento neurológico a longo prazo (Fitzpatrick et al. 2021).

2.7 FATORES QUE LEVAM AO VBAC

Os fatores que levam uma mulher ao VBAC ou cesárea de repetição estão além dos clínicos. A metanálise de Guise e colaboradores (2010) identificou mais trabalho de parto após cesárea fora dos Estados Unidos, nos centros de cuidado mais especializados, ou terciários e com menores chances entre as mulheres latinas e afro-americanas. O *National Institutes of Health* (NIH) aponta como fatores não clínicos que podem influenciar na escolha por um trabalho de parto após cesariana a adoção ou não de diretrizes pelas associações profissionais, os acordos entre os médicos e os hospitais, categoria profissional que atende ao parto, ou seguros de saúde para reembolso e as preferências das pacientes (NIH, 2010).

No Brasil, Eleonora D'Orsi e colaboradores (2001; 2003) identificaram os fatores associados à chance de um parto vaginal após cesariana, com base em registros médicos de prontuários de mulheres que deram à luz em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Em uma amostra de 141 casos (mulheres com partos vaginais após cesárea) e 304 controles (mulheres com cesárea de repetição), identificou maior associação com apenas uma cesárea anterior, dilatação cervical na admissão acima de 3 cm, idade gestacional inferior a 37 semanas, história de pelo menos um parto vaginal anterior, escolaridade até o 1º grau incompleto e menor chance para mulheres com hipertensão.

Nakamura-Pereira e colaboradores (2018) avaliaram os dados das mulheres com cesariana anterior que seriam elegíveis para o trabalho de parto (*Trial of labour after cesarean -TOLAC*) e foram novamente submetidas à cirurgia (*Elective Repeat Cesarean - ERCD*) na pesquisa Nascer no Brasil. Das quase 24 mil mulheres do estudo, 21,4%, ou 5115 mulheres, tiveram ao menos uma cesariana, 2295 mulheres foram elegíveis para o TOLAC e 1516 (66,1%

das elegíveis) tiveram uma cesariana repetida. As mulheres brancas, com mais idade e anos de escolaridade tiveram maior chance de uma cesariana repetida, bem como aquelas que viviam com o parceiro, não possuíam parto vaginal anterior, afirmaram preferência por cesariana no início da gestação e tiveram parto durante o considerado termo precoce, ou seja, entre 37 e 38 semanas completas. No sistema privado, quase todos os partos foram uma cesariana de repetição, com 95% de ERCD (Nakamura-Pereira et al., 2018).

Esses partos ocorreram, em sua maioria, em hospitais localizados fora de capitais com menos de 1500 partos/ano e com administração privada ou mista. Vale ressaltar que 95% das cirurgias ocorreram neste tipo de hospital. Mesmo no setor público, 52,2% dos partos foram cesarianas eletivas, ou seja, agendadas antes do início do trabalho de parto, contando com aqueles em que a cirurgia foi realizada após o início do mesmo a taxa chega a 70,6%. Nota-se, portanto, altas taxas de cesarianas repetidas em mulheres aparentemente sem indicação para uma cirurgia, a não ser a cesariana realizada anteriormente (Nakamura-Pereira et al., 2018).

Maroyi et al, (2021) acompanhou na República Democrática do Congo 231 mulheres com cesárea anterior que aceitaram o acompanhamento de seu trabalho de parto, 57,6% tiveram um VBAC, os fatores relacionados a esse parto foram: condições mais favoráveis de dilatação e condição do colo uterino avaliados pelo score de Bishop e início espontâneo do trabalho de parto, 68,8% delas já tinham parto vaginal anterior. A macrossomia fetal diminuiu as chances de um VBAC, foram considerados macrossômicos bebês com 3.650 quilogramas ou mais.

Na Escócia, Fitzpatrick et al. (2021) analisaram 44.892 partos de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores entre os anos de 2002 e 2011, as mulheres encaminhadas para o VBAC eram mais jovens, nascidas fora do Reino Unido, eram de classes econômicas mais baixas, fumantes, em sua maioria solteiras, com apenas uma cesárea anterior, parto vaginal anterior, menor intervalo interpartal, obesas, com diabetes, tiveram rotura precoce de membranas ovulares, mais complicações e amamentaram entre seis e oito semanas de pós parto. Os bebês tiveram menores chances de ser de raça/cor branca, do sexo feminino, nascidos de termo precoce (37-38 semanas de gestação) e tiveram maior peso para a idade gestacional. A taxa de sucesso dos trabalhos de parto foi de 72%.

Pesquisadores chineses avaliaram 778 partos de mulheres com cesárea anterior entre janeiro de 2016 e dezembro de 2018, como fatores preditivos para o VBAC ele encontraram, apenas uma cesárea anterior, Índice de Massa Corporal pré-gestacional menor do que 24kg/m^2 , índice de Bishop (que avalia a condição do colo uterino) maior ou igual a cinco, parto vaginal anterior e peso fetal menor do que 3300 gramas (Mi et al., 2021).

Os dados citados contemplam mulheres de diversas nacionalidades e com isso diversas composições físicas e sociais, bem como diferentes culturas obstétricas, a maior parte deles apontam para a influência do nível socioeconômico, da etnia não dominante, do parto vaginal anterior, presença de apenas uma cesárea e das condições favoráveis de dilatação cervical que deve estar associada ao início do trabalho de parto antes da admissão hospitalar.

2.8 A PERSPECTIVA DAS MULHERES

É fundamental que além dos dados científicos seja apresentado o ponto de vista das mulheres com relação ao parto após cesariana. Lundgren et al. (2012) apresentaram o VBAC sob a perspectiva das mulheres e o identificaram como um fenômeno relevante para um grande número delas devido às crescentes taxas de cesariana no mundo, frisando a necessidade de integrar dados qualitativos sobre o tema às práticas baseadas em evidências. Os autores realizaram uma metassíntese com oito estudos publicados entre os anos de 2002 e 2010, totalizando 94 mulheres dos Estados Unidos, Inglaterra e Austrália.

O parto vaginal após cesariana foi descrito por elas como "tateando sob a névoa" (*groping through the fog*), a tomada de decisão e as informações provenientes do sistema de saúde e dos profissionais durante a gestação e o parto foram consideradas obscuras e contrastantes. As mulheres informaram ter tido que lutar por um parto vaginal, mesmo em um sistema de saúde que se apresente como pró VBAC, declaram que o desejo de parir deve vir de dentro, sendo descrito por elas como empoderador, o melhor para o bebê e importante como perspectiva de vida para elas mesmas. Destacam que essa não é uma escolha real para muitas mulheres, o que é comparado com sua experiência negativa anterior (Lundgren et al, 2012).

O VBAC foi ainda apontado como um projeto de risco, uma vez que apenas os aspectos negativos eram apresentados pelos profissionais como rotura uterina, morte do bebê, da mãe ou dos dois, risco de ter uma outra cirurgia, ser irresponsável e pôr o bebê em risco. Por outro lado, os benefícios do parto vaginal eram omitidos por esses profissionais, ficando a cargo das mulheres identificar os aspectos positivos, como favorecer a relação mãe-bebê, o bem-estar e a amamentação. Também foi apontada a melhor e mais rápida recuperação no pós-parto, fato importante, especialmente, quando há outra criança ainda pequena em casa, além da menor interrupção dos afazeres rotineiros e do cuidado com a família, podendo retomar, mais brevemente, as atividades diárias, como caminhar e dirigir (Lundgren et al, 2012).

A experiência com o parto anterior influenciou a escolha das mulheres, para algumas delas a cesariana foi decepcionante, ligada à perda de poder, autonomia, sentimento de impotência, raiva, separação abrupta e perda de confiança em seus corpos para dar à luz. Serem separadas do bebê foi apontado como outro aspecto negativo. O ambiente do parto e a relação com os profissionais são considerados importantes no desfecho dos nascimentos e, algumas mulheres, referiram a pretensão de outras escolhas. Entretanto, outras, ainda preferem a cesariana por medo da dor do parto e relacionam a cirurgia como uma via de nascimento mais segura para o bebê, e não como uma opção mais fácil (Lundgren et al, 2012).

Resultados semelhantes foram encontrados por Carvalho (2015), que avaliou relatos de parto de mulheres que descreviam seu VBAC por meio de Análise Crítica do Discurso Baseada em Corpus e encontrou algumas semelhanças na descrição de seus relatos espontâneos. Dentre os termos mais encontrados, a pesquisadora deu destaque para os mais prevalentes: Eu consegui: que com um emprego de voz ativa, colocando a narradora em evidência, denotando, entre outras coisas, empoderamento e superação, como nos trechos:

“Eu pari. Quando o mundo todo disse que eu não podia. Eu pari. EU. MEU corpo. Perfeito.” (BRA_039). (Carvalho, 2015. Pg 109)

“Neste dia, eu renasci, mulher e mãe de novo, quase 7 anos depois de uma cesárea desnecessária através da qual veio ao mundo Ana, minha filha mais velha, que mudou a minha vida, que me fez a mãe que eu sou hoje.” (BRA_018). (Carvalho, 2015. Pg 113)

O risco de um VBAC para a saúde do bebê devido a um possível risco de rotura uterina apareceu nos aconselhamentos médicos e “dos outros” em conotação de ameaça, semeando dúvida e medo na mãe, como nos trechos:

“Na seguinte [consulta] o mesmo papo e pior acompanhado de um “normal após cesárea é arriscado, grandes chances de seu útero romper, você vai ficar mal, vai sobreviver, mas o bebê vai morrer”. Como assim? A pessoa [médico] falar isso para uma gestante com metade da gestação corrida?! Sai de lá com um pedido de ultrassonografia morfológica, um doppler e uma decisão, procurar outro médico que me apoiasse”. (BRA_047) (Carvalho, 2015. Pg 116)

“Daquele dia em diante, intensifiquei minhas orações ao “Altíssimo” e pedia para suportar a pressão da família, que a esta altura já começava a me questionar o que eu faria se meu bebê morresse por causa da minha “teimosia”. (BRA_095) (Carvalho, 2015. Pg 117)

“Ligavam, preocupavam-se, mas acabavam não me ajudando em nada contando casos de bebês e mães que morreram ou passaram perrengue em parto normal. É, as pessoas costumam culpar o parto normal por tudo embora os números digam que o parto normal é mais seguro do que a cesárea” (BRA_037) (Carvalho, 2015. Pg 122)

Os profissionais que prestaram assistência durante o período de gestação e parto estiveram presente nos discursos. A presença dos profissionais médicos consta nos relatos divididos entre os profissionais que se apresentaram contra a possibilidade dos VBAC, ou responsáveis pelas primeiras cesarianas entendidas como desnecessárias, esses profissionais eram rotulados como cesaristas ou obstetra “fofo”, utilizado como ironia, como apresentados nos trechos:

“Meses após voltar para a Dra, fiquei sabendo de MTAS histórias do meu ex GO fofo, e muitas desculpas esfarrapadas para que no final bebês nascessem como ele queria e não como deveria ser.” (BRA_007) (Carvalho, 2015. Pg 137)

As dificuldades, sobretudo no sistema privado (plano de saúde), ilustraram as estratégias que dificultam a decisão por um VBAC, como abaixo:

“Quando achei uma obstetra fofinha, em nossa primeira conversa sobre o meu desejo pelo parto normal ela soltou logo que cobrava R\$ 4.500,00 (além do que ela recebia pelo plano), alegando que eu precisaria de dedicação exclusiva dela, não fazendo uma cara muito bonita, como se recebesse a notícia com desdém.” (BRA_074) (Carvalho, 2015. Pg 137)

Os relatos do que foi apontado como terrorismo eram frequentes e discursos que iam contra as evidências científicas, era comum que as mulheres, que já haviam conseguido seu VBAC, buscassem por informação por meio de pesquisa pessoais ou em grupos de apoio, decidindo mudar de profissional:

“Nesse meio tempo, comentei com o GO sobre VBACs. Ele quis fazer terrorismo: o risco de ruptura uterina é muito grande”, não só falou como escreveu um percentual na folha sobre a mesa: 70%. Você vai querer correr esse risco? Bem, eu já havia lido em várias pesquisas que o risco de ruptura uterina após duas cesáreas variava entre 1 a 3,6%...Então, esse comentário dele foi preponderante para que eu tomasse a decisão de não voltar mais lá naquele médico desinformado e terrorista.” (BRA_060) (Carvalho, 2015. Pg 139)

Os profissionais que atendiam de acordo com as evidências científicas e que tornariam possíveis seus partos vaginais foram apresentados como médicos humanizados:

“... O jeito era mudar de médico. Foi aí que fiquei sabendo do Marcos, obstetra humanizado, que respeita a mulher e o bebê na hora mais importante de suas vidas. Demorei bastante tempo para marcar consulta com ele. Mudar de médico envolvia dinheiro e disposição...” (BRA_037) (Carvalho, 2015. Pg 147)

Os profissionais da enfermagem (Enfermeiras obstetras e obstetrizes) estiveram presentes nos discursos como fundamentais, tanto no aconselhamento pré-natal, quanto no acompanhamento pré-parto e nos nascimentos:

“Mas até que um dia fui apresentada a uma Enfermeira Obstétrica, a Luana, que surgiu na minha vida como um anjo! Já estava na 27ª semana quando nos conhecemos e começamos a nos encontrar e conversar sobre parto. [...] Então com

a ajuda de Luana, fiz meu plano de parto, que eu também nem sabia o que era, e que é uma recomendação da OMS...” (BRA_047) (Carvalho, 2015. Pg 156)

“Mudei para outro humanizado, mas diante de tantas dúvidas resolvi ir atrás de uma parteira (enfermeira obstétrica) e perguntar se ela podia ficar comigo em casa até o trabalho de parto estar bem avançado e então ir para o hospital. Ela topou o esquema e com ela eu finalmente consegui formar um vínculo.” (BRA_110) (Carvalho, 2015. Pg 156)

Mesmo decididas pelo VBAC e buscando estratégias para consegui-lo, o processo do nascimento foi descrito como difícil e o termo “desistir” esteve muito presente. A presença da profissional Doula, que tem por objetivo oferecer um suporte físico e emocional às mulheres durante o processo foi descrito por muitas mulheres:

“Dorothe Kolkena, minha querida doula que não me deixou desistir, mesmo quando pensei ter chegado no limite.” (BRA_004) (Carvalho, 2015. Pg 129)

“A Flavia Penido, doula querida que me acompanhou toda a gravidez. Sua ajuda foi essencial, tudo que me falou ficou gravado e serviu para me dar força durante o trabalho de parto. Nunca vou me esquecer de quando ela falou: “O parto é uma maratona, os minutos finais são os mais difíceis, mas os mais gratificantes, depois é só pegar o troféu” E que troféu. (Carvalho, 2015. Pg 129)

O estudo de Carvalho (2015) faz um recorte de mulheres que conseguiram seu VBAC diante de um cenário desfavorável, elas tiveram acesso à informação, profissionais específicos, na maioria das vezes de assistência privada, acesso às redes de apoio e escolaridade que as permitiu publicar seus relatos nas redes de internet. Esse recorte não é o da maior parte da população, que dificilmente irá questionar os saberes médicos ou dos sistemas de saúde. Os dados estatísticos do país apresentados na revisão desse estudo e os relatos das mulheres levam à reflexão e contrapões os argumentos de que as cesáreas, primárias ou de repetição, ocorrem por opção das mulheres.

No Brasil, a cultura da cesariana, atrelada à dificuldade de acesso aos dados sobre a segurança do VBAC e a ele próprio, faz com que a maior parte das mulheres com cesárea anterior desejem outra cirurgia, sobretudo no sistema privado, 73,2% delas já iniciam a gestação referindo esse desejo. O próprio sistema de saúde molda essa preferência, de maneira geral apenas 27,6% das mulheres brasileiras referiram iniciar o pré-natal com o desejo pela cirurgia, no setor público essa preferência é menor, de 15% e assim permanece até o final, enquanto no setor privado, 36,1% preferem a cirurgia no início e ao final da gestação 67,6% delas já definiram a cesariana como via de parto (Domingues et al., 2014).

2.9 A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS

A escolha das mulheres pela via de parto após a cesariana é diretamente influenciada pelos profissionais que prestam assistência ao pré-natal, bem como as condições do sistema de saúde, que também afetam eles diretamente. Em um editorial da revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia uma passagem chama a atenção:

“Não há nenhuma dúvida de que, mesmo que desnecessária ou mesmo que contenha maior risco para a mãe ou para o neonato, uma cesariana eletiva tem muito menor risco para o obstetra” (Martins-Costa e Ramos, 2005; pg 573)

O trecho se refere ao aumento no número de processos recebidos pela classe médica em um sistema judiciário em que o uso da cesariana como procedimento de resolução de casos é um argumento de uso mais fácil (Martins-Costa e Ramos, 2005). Estendo aqui para os meios de comunicação, que reforçam para a população cultura do risco do parto vaginal tanto nos programas de entretenimento quanto nos jornalísticos (Carvalho, 2015).

O texto traz uma reflexão sobre o aumento no número de cesarianas por todo o mundo afirmando sua relação direta com o atendimento das gestantes por médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia. Afirma que para os profissionais é muito mais fácil aprender a fazer cesariana do que aprender a fazer partos, além de que esta pode ser agendada e leva muito menos tempo de acompanhamento. Entretanto, justifica seu uso destacando que o procedimento apresenta maior segurança em comparação às décadas de 1930 e 1940 e apontando que, mesmo que muitos estudos publicados possam merecer sérias críticas metodológicas, são cada vez mais comuns as publicações que reforcem a segurança do procedimento. Muitos outros argumentos utilizados já foram rebatidos pela literatura científica e a solução, segundo eles, seria uma improvável mudança no espírito das relações entre médico e paciente (Martins-Costa e Ramos, 2005). O fato é que a solução apontada fere o mais importante preceito hipocrático do exercício da profissão *“Primum non nocere”* (Primeiro não prejudicar) (CREMESP, 2021).

Com relação aos partos após a primeira cesariana, um estudo canadense entrevistou obstetras, médicos e família e obstetrizes, identificando que o desejo da mulher pela escolha da via de parto foi considerado como importante, entretanto, a escolha pelo TOLAC (Trabalho de Parto Após Cesárea) foi considerada por eles como o menos segura, apenas um obstetra considerava a cesárea de repetição como menos segura devido a uma experiência negativa com um caso de óbito materno. Para eles também, explicar para as mulheres sobre a segurança de um TOLAC parece muito mais complexo do que falar sobre outra cesárea, consideram que a

mulher precisa de uma alta tolerância ao risco para aceitar essa recomendação. Apesar de conhecerem as evidências científicas, suas impressões pessoais mostraram um grande peso nas escolhas e orientações. Uma das falas a respeito de suas impressões é:

“The lowest risk delivery is a successful vaginal delivery. The highest risk delivery is a failed vaginal delivery and CS in labour. So, the middle ground risk procedure is an elective CS” (OB3) (Kurtz Landy et al, 2020.Pg5).

Para um obstetra, o parto menos arriscado é um parto vaginal bem-sucedido, o maior risco é um parto vaginal com intercorrência e uma cesárea intraparto. Então, o risco mediano seria uma cesariana eletiva. Na percepção das obstetrias, a escolha por um TOLAC estava mais presente, o fato de as mulheres que procuram seu atendimento já terem uma inclinação para a escolha de um parto vaginal teve sua influência reconhecida. Para elas, explicar sobre os benefícios do VBAC também parecia uma tarefa mais fácil. Os(as) médicos(as) de família mostraram uma preferência maior pelo parto vaginal também, uma vez que o procedimento pode ser realizado por eles, já para os(as) obstetras: *“A CS is no big deal” (OB3)*, a cesariana não é uma grande coisa. Os riscos da cirurgia eram em geral menos citados, bem como as considerações sobre as possíveis gestações futuras (Kurtz Landy et al., 2020).

Outro aspecto interessante presente no discurso dos profissionais foi a cultura do “O bebê primeiro” (*‘the baby first’ culture*), para eles as mulheres são muito influenciadas pela ideia de que a saúde do bebê deve estar em primeiro lugar e elas devem sacrificar a si mesmas pelo que for bom para o bebê, por isso, o VBAC seria a melhor escolha, mesmo que mais arriscado para a mãe.

Trecho: “There is such a culture of ... women ... just sacrificing themselves ... this embedded system that what’s good for women doesn’t really count, it’s really what’s good for the babyso women will do stuff that is not in their best interest ... because they believe it is safer for their child. People who are against VBAC, that is their politics ... they really feel strongly about the baby” (FP20). (Kurtz Landy et al, 2020. Pg6)

O risco da rotura uterina e da necessidade de uma cesárea de emergência foi apresentada de maneira diferente por obstetras e obstetrias, abaixo duas falas que ilustram as diferenças:

Obstetra: “There is definitely a danger. We can’t predict who is going to rupture and who is not. We just know the statistic is one in one thousand. Which means if I do a thousand VBACs I am going to have one catastrophic rupture. It could be tomorrow morning ... That’s reality. That’s going to be a dead baby and a uterus that has to be removed. The outcome is so awful that one has to consider whether you do a few sections and to save that VBAC rupture ... I’m one of the guys who does them [TOLAC] but I’m always anxious about the lady in labour” (OB5). (Kurtz Landy et al, 2020, Pg8)

“Definitivamente há um perigo. Não podemos prever quem vai romper e quem não vai. Apenas sabemos que a estatística é de uma em mil. O que significa que se eu fizer mil VBAC, terei uma ruptura catastrófica. Pode ser amanhã de manhã ... Isso é realidade. Vai ser um bebê morto e um útero que precisa ser removido. O resultado é tão terrível que é preciso considerar se você faz algumas seções e para salvar a ruptura do VBAC ... Eu sou um dos caras que faz [TOLAC], mas estou sempre ansioso com a senhora em trabalho de parto ” (OB5).

Obstetriz: *“When it comes to VBAC, there are higher risks, so you have further conversations. But reality is statistically [speaking] the vast majority of people will have success with their VBAC attempts, so why are we pathologizing them?” (MW26) (Kurtz Landy et al, 2020, Pg8).*

“Quando se trata de VBAC, os riscos são maiores, então você tem mais conversas. Mas a realidade é estatisticamente [falando] que a grande maioria das pessoas terá sucesso com suas tentativas de VBAC, então por que estamos patologizando-as? ” (MW26).

3 JUSTIFICATIVA

As decisões em obstetrícia sempre devem trazer decisões pautadas no equilíbrio entre riscos e benefícios para o binômio materno-fetal, os riscos perinatais devem ser considerados, bem como os maternos. Algumas complicações são inerentes à gestação ou acontecem espontaneamente. Entretanto, quando a primeira cesárea ocorre sem indicação clínica, essa dicotomia é imposta pelos prestadores do cuidado. Após uma ou mais cesarianas, a decisão da via de parto é uma questão controversa na obstetrícia, o que os estudos citados demonstram é que, os riscos em um parto vaginal após uma cesariana podem existir, entretanto, os riscos relacionados a repetidas cirurgias também existem e são ampliados na medida que cresce o número de procedimentos.

O Brasil apresenta uma taxa excessiva de cesarianas, inclusive em mulheres que apresentam gestações sem complicações clínicas que as justificassem. A cultura de “*uma vez cesárea, sempre cesárea*” tem levado as mulheres a serem submetidas a diversas cirurgias, aumentando os riscos de complicações perioperatórias e, potencialmente, impactando na mortalidade materna. Por outro lado, os riscos para o bebê, apesar de em menor escala, podem ser maiores em um parto vaginal, principalmente se ele for conduzido com muitas intervenções.

Quando uma primeira cirurgia é realizada pouco se discute sobre o impacto dela no futuro reprodutivo dessas mulheres e saúde de seus futuros conceitos. A decisão sobre o tipo de parto nas gestações subsequentes é uma questão importante, que deve ser posta na pauta da obstetrícia e perinatologia, considerando possíveis desfechos na saúde materna e neonatal por tipo de parto. Para isso, os possíveis riscos relacionados devem ser considerados e discutidos entre mulheres e profissionais.

O presente estudo analisou o cenário brasileiro dos partos subsequentes a cesarianas no Brasil. Considera-se que os achados originais serão de grande importância para compreensão dessa questão, uma vez que há poucos dados brasileiros sobre o assunto e esses são fundamentais para a construção do conhecimento científico, podendo subsidiar a formulação de novas políticas públicas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever as características sociodemográficas e obstétricas e os desfechos maternos e neonatais dos partos de mulheres com cesarianas prévias no Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características das mulheres com cesarianas prévias no Brasil.

Descrever os fatores sociodemográficos e obstétricos associados tipo de parto após cesarianas prévias no Brasil.

Comparar os desfechos maternos e neonatais de partos vaginais e cesarianas de mulheres com cesarianas prévias no Brasil.

5 MÉTODO

O presente estudo tem como base os achados do inquérito intitulado Nacer no Brasil, que foi um estudo nacional de base hospitalar composto por mulheres no pós-parto e seus recém-nascidos, realizada no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, com uma amostra de 23.894 mulheres das cinco macrorregiões do país, residentes de capitais e não capitais, em serviços privados, públicos e mistos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas durante a internação hospitalar e avaliação dos prontuários das puérperas e RN, cartões de pré-natal (quando disponíveis) e feito contato telefônico após a alta hospitalar a partir de uma amostragem complexa com 266 hospitais e 90 puérperas entrevistadas em cada hospital. Os hospitais foram selecionados entre os que tiveram ≥ 500 nascimentos em 2007 (19% de todos eles) e onde ocorreram 78,6% de todos os nascimentos no Brasil naquele período (Leal et al, 2012;).

Para a amostragem, primeiro foram selecionados os hospitais que participariam da pesquisa de acordo com a região geográfica (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste), tipo de cidade (capital e interior), e tipo de hospital (privado, público ou misto). Os hospitais foram selecionados de acordo com a probabilidade do número de nascimentos, mínimo de sete dias necessários para a realização de 90 entrevistas. No período previsto, foram incluídas todas as puérperas que haviam dado à luz a um recém-nascido vivo ou a um natimorto (peso de nascimento ≥ 500 gramas e/ou idade gestacional superior a 22 semanas). Foram considerados os pesos de cada participante para os cálculos de amostragem complexa (Leal et al., 2012; Vasconcellos et al., 2014).

Foram apresentados os resultados descritivos dos partos de mulheres com cesarianas prévias, comparando as variáveis sociodemográficas, obstétricas e os desfechos dos partos em suas gestações atuais e realizado um comparativo entre as mulheres que tiveram partos vaginais e cesarianas de repetição.

Os achados da tese foram apresentados em dois artigos, o primeiro intitulado “Características sociodemográficas e obstétricas de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores no Inquérito Nacer no Brasil”, utilizou os dados das mulheres com cesáreas anteriores ao parto de inclusão no inquérito, a amostra foi de 4.987 mulheres e foram apresentadas as características sociodemográficas e obstétricas, estratificadas por quantidade de cirurgias e por tipo de parto na gestação atual, sendo ele vaginal (VBAC) ou cesárea de repetição. Foram apresentados os fatores associados a um VBAC.

O segundo artigo, intitulado: “O Parto Vaginal Após Cesariana no Brasil: Desfechos Maternos e Neonatais”, comparou os desfechos de acordo com a via de nascimento dos partos de 2.721 mulheres com uma cesárea anterior em gestações de risco habitual, ou seja, aquela que após avaliação pré-natal e durante a admissão hospitalar não foi identificado maiores riscos de complicações para mãe e/ou bebê (Brasil, 2012).

Para a seleção do risco habitual serão excluídas as mulheres que apresentarem complicações na gestação atual, tais como hipertensão arterial, infecções, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta ou que apresentaram emergências potencialmente relacionadas à necessidade de cirurgia, que são: síndrome hipertensiva, infecção materna, diabetes e infecção pelo HIV.

5.1 MÉTODO DO ARTIGO 1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DE MULHERES COM UMA OU MAIS CESÁREAS ANTERIORES NO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL

5.1.1 População

A população do estudo será composta por 4.987 mulheres com uma, duas ou mais de três cesáreas anteriores, que representam 20,9% da amostra de 23.894 mulheres selecionadas para o estudo.

5.1.2 Análises dos desfechos

As características e os desfechos maternos e neonatais dos partos de mulheres de risco habitual com cesariana prévia no Brasil serão feitas com medidas de frequência e dispersão das variáveis, avaliadas entre as coletadas no estudo Nascir no Brasil que apresentam alguma relevância com o tema de acordo com o referencial teórico, bem como estudos já publicados sobre a pesquisa (Landon, 2004; Guise et al, 2010; Dias et al, 2014; Leal et al., 2012; da Gama et al., 2014; Dias et al., 2016, Nakamura-Pereira, 2018). As diferenças entre os grupos serão avaliadas pelo teste de qui-quadrado (χ^2), considerando um valor de $p < 0.05$ para significância estatística.

Dentre as variáveis disponíveis, foram selecionadas como sociodemográficas: região de ocorrência do parto (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul); localização (capital, não capital); tipo de hospital (público, misto privado); faixa etária (<20 anos, 20-34 anos, > 35 anos); raça/ cor segundo o IBGE (branca, preta, parda, amarela, indígena); anos de escolaridade

(≤ 7 , 8-10, ≥ 11); situação conjugal (com e sem companheiro) e classificação econômica agrupada (A/B, C ou D/E), segundo a ABIPEME - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2008.

Os fatores obstétricos selecionados serão o tipo de parto na gestação atual (vaginal, cesárea); cesárea de acordo com o trabalho de parto (cesárea com e sem trabalho de parto); taxa de sucesso do trabalho de parto - proporção de partos normais entre as mulheres que entraram em trabalho de parto; se realizou pré-natal; presença de complicações obstétricas - hipertensão, diabetes ou alguma condição clínica e obstétrica potencialmente relacionada a emergências obstétricas antes do parto, que podem ter sido descolamento prematuro de placenta, diabetes, infecção pelo HIV ou de qualquer outro tipo, síndrome hipertensiva ou placenta prévia.

Foram analisados também os dados sobre o tipo de parto desejado no início da gestação (parto normal, cesárea ou sem preferência), presença de indução no trabalho de parto, maturidade fetal, orientações referentes ao tipo de parto mais seguro e momento da decisão pela cesárea. A razão da última cesárea foi questionada na entrevista com as mulheres, enquanto a indicação da cesárea atual foi coletada do prontuário, do qual se inclui até três opções para cada paciente, segundo o obstetra. As variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa nas análises descritivas foram incluídas no modelo linear generalizado de maneira hierarquizada. Iniciando pelas características sociodemográficas e em seguida foram incluídas as características obstétricas.

5.1.2 Análise estatística

Foi realizada uma estatística descritiva para a apresentação de frequências absolutas e relativas e das variáveis sociodemográficas e obstétricas de acordo com o número de cesáreas anteriores e o tipo de parto na gestação atual. As diferenças entre as categorias foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado (χ^2), considerando um valor de $p < 0.05$ para significância estatística.

As variáveis que apresentarem diferença estatisticamente significativa nas análises descritivas serão incluídas no modelo de regressão logística de maneira hierarquizada. Iniciando pelas características sociodemográficas e, em seguida, serão incluídas as características obstétricas.

Será utilizado o software R versão 1.2.1335, para as análises.

5.2 MÉTODO DO ARTIGO 2 – O PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA NO BRASIL: DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS

5.2.1 População

A população foi composta de 2.721 mulheres com uma cesárea anterior em gestações de risco habitual. Foram excluídas as mulheres que apresentarem complicações na gestação atual, tais como hipertensão arterial, infecções, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta ou que apresentaram emergências potencialmente relacionadas à necessidade de cirurgia, que são: síndrome hipertensiva, infecção materna, diabetes e infecção pelo HIV.

5.2.2 Análises dos desfechos

O *near miss* materno foi considerado como desfecho grave para a saúde das mulheres, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) sua definição é: “*uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação*” (Say et al., 2009; pg 289). A amostra total de mulheres classificadas neste grupo está detalhada no estudo de Dias e colaboradores (2014), sua classificação teve como base as entrevistas e análise de prontuário, os casos identificados foram revistos por dois especialistas de forma independente para a identificação de possíveis inconsistências na extração dos dados e os casos discordantes resolvidos por consenso.

Para este desfecho os critérios clínicos mais presentes foram: alteração de frequência respiratória, distúrbio de coagulação, cianose aguda e choque hipovolêmico. Os critérios de manejo foram: transfusão de cinco ou mais unidades de hemácias, histerectomia pós infecção ou hemorragia e indicação de uso de drogas vasoativas. Os critérios laboratoriais foram trombocitopenia aguda definida como número de plaquetas inferior a 50.000, pH menor do que 7,1 e creatinina maior ou igual a 3,5 mg/L (Dias et al., 2014). Vale ressaltar que, por se tratar de mulheres de risco habitual, complicações relacionadas às doenças prévias não estavam presentes na amostra do estudo atual. Não foram registrados casos de morte materna.

Para a saúde neonatal foi considerado também o conceito de *near miss* neonatal, definido como eventos de morbidade que quase resultaram em morte de recém-nascidos até 28 dias de vida com base em um protocolo com critérios definidos pela OMS (Souza et al., 2011), adaptados aos dados disponíveis no estudo Nascido no Brasil e relacionados à via de parto, considerando a amostra de gestações a termo de risco habitual. Foram, portanto, considerados os recém-nascidos com: Apgar menor do que 7 no quinto minuto de vida, intubação,

hipoglicemia, uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas, uso de antibiótico, ressuscitação cardiopulmonar, uso de droga em reanimação e registro de convulsão.

Não foram considerados os recém-nascidos com uso de fototerapia, pois a OMS considera para o *near miss* neonatal a necessidade de fototerapia nas primeiras 24 horas de vida e o estudo Nascer no Brasil considerou até 72 horas de vida, o diagnóstico para a indicação da intervenção é diferente nos dois períodos. Não estavam disponíveis ou foram considerados relacionados à via de parto os dados sobre transfusão sanguínea ou realização de cirurgia durante a vida neonatal precoce, idade gestacional menor que 33 semanas, uso de surfactante e peso menor que 1750 gramas. A amostra contou com 4 óbitos, sendo dois neonatais e dois óbitos fetais. Dada a pouca quantidade para análise e considerando como possíveis os óbitos fetais relacionados ao tema de estudo, os casos foram unidos ao *near miss* neonatal.

5.2.3 Análise estatística

Foi realizada uma estatística descritiva para a apresentação de frequências absolutas e relativas dos desfechos e das variáveis sociodemográficas de acordo com o tipo de parto. As diferenças entre as categorias foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado (χ^2), considerando um valor de $p < 0.05$ para significância estatística. Com base no referencial teórico foi proposto um Gráfico Acíclico Direcionado (*Directed Acyclic Graphs- DAG*), ou diagrama causal, para a compreensão da relação entre as variáveis a serem consideradas como fatores de potencialmente relacionados à exposição (tipo de parto) e aos desfechos (*near miss* materno e neonatal), podendo levar ao confundimento no cálculo da associação estatística. A escolha desse método teve como base a teoria de Pearl (2009), apresentada por Silva (2021). As variáveis identificadas como necessárias foram utilizadas para o controle nos modelos de regressão logística proposto. Os gráficos foram desenvolvidos pelo programa *Daggity* com método desenvolvido por Textor e colaboradores (2016).

A Figura 2 demonstra a distribuição das variáveis selecionadas para análise do *near miss* materno e a Figura 3 as selecionadas para a análise do óbito/*near miss* neonatal. As setas do DAG indicam os caminhos em que há correlação entre as variáveis. Considerando a escolha de um menor conjunto de variáveis para o ajuste a classe econômica foi apresentada como suficiente para representar cor e escolaridade. Estudos brasileiros já demonstraram a relação no país entre cor, iniquidade social e falta de acesso aos serviços de saúde (Leal, 2017; Matijasevich et al., 2019). Dado que as gestações da amostra do estudo eram de risco habitual e estavam a termo, as variáveis prematuridade e complicações maternas não foram incluídas do modelo. O

recorte da amostra e a escolha por gestações com estas características objetivaram a restrição, que é também uma das maneiras de controlar os fatores de confusão em uma análise.

O modelo de regressão logística controlou na análise os efeitos da faixa etária materna (12 a 19 anos, 20 a 34 anos e 35 anos ou mais), fonte de pagamento do parto (público, privado ou misto), tipo de cidade (capital, interior), adequação pré-natal (inadequado ou parcialmente adequado, adequado ou mais que adequado), classe econômica segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABIPEME (A+B, C, D+E) (ABIPEME, 2008) e região do país (centro-oeste, nordeste, norte, sul e sudeste).

Figura 2- Gráfico Acíclico Direcionado – Relação entre VBAC e *near miss* materno

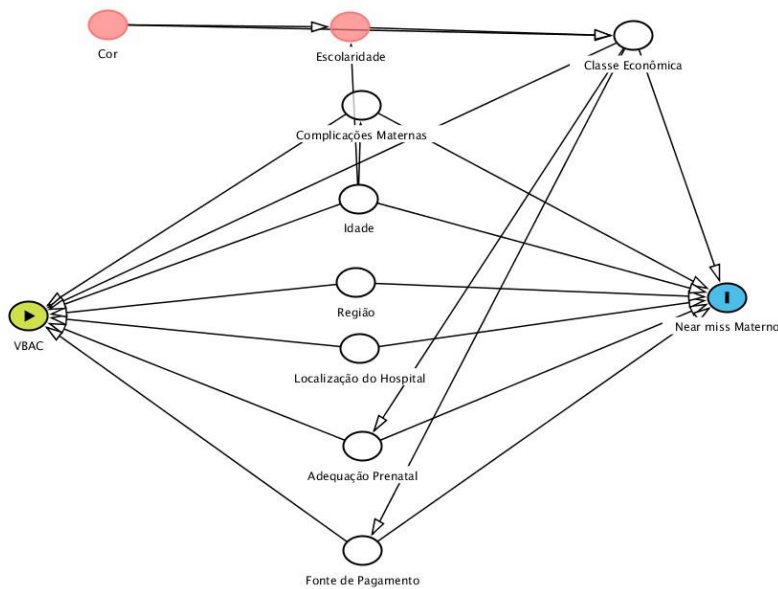
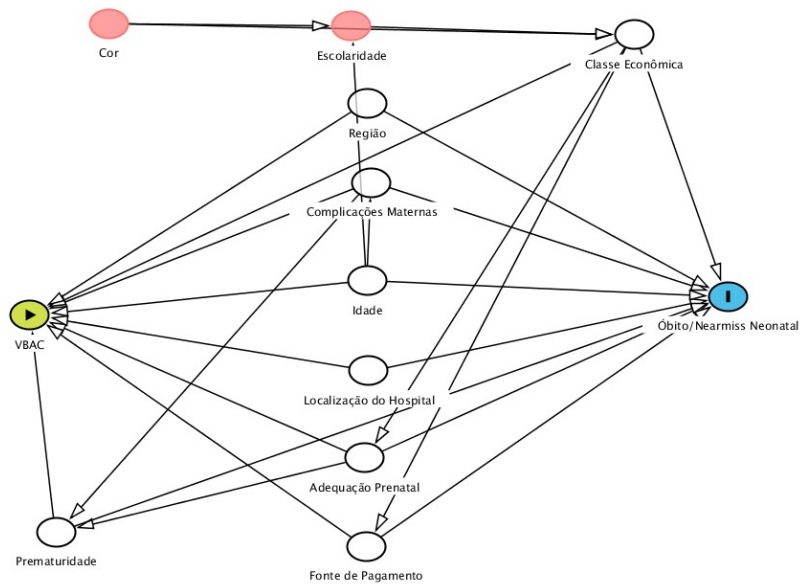


Figura 3- Gráfico Acíclico Direcionado – Relação entre VBAC e Óbito/ *near miss* neonatal



5.3 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo Nascido no Brasil utilizado para a presente análise foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP / Fiocruz) sob o CAAE 0096.0.031.000-10. Todos os diretores de hospitais e mulheres pós-parto concordaram em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) informado antes das entrevistas confirmando sua vontade em responder as perguntas colocadas. Para a tese foi feita uma análise secundária ao estudo, que já havia sido encerrado, por isso, uma aprovação independente foi necessária no mesmo comitê de ética sob o CAAE 50697621.4.0000.5240, com número de parecer: 4.950.262.

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO 1

“CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E OBSTÉTRICAS DE MULHERES COM UMA OU MAIS CESÁREAS ANTERIORES NO INQUÉRITO NASCER NO BRASIL”

Resumo

Introdução: evidências apontam que partos vaginais após cesariana (VBAC – *Vaginal Birth After Cesarean*) são uma opção segura. É necessário compreender os partos após cesarianas que acontecem no Brasil.

Objetivo: descrever as mulheres com cesariana anterior e apontar os fatores associados ao VBAC no Brasil.

Método: estudo com base na pesquisa Nascir no Brasil. Foram utilizados dados de mulheres com uma, duas ou três e mais cesáreas. As diferenças entre categorias foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado (χ^2), as variáveis que apresentaram diferença significativa ($< 0,05$) foram incluídas em regressão logística.

Resultados: do total de 23.894 mulheres, 20,9% tinham cesárea anterior. A maior parte (85,1%) foi submetida a outra cesárea, 75,5% antes do início do trabalho de parto. A porcentagem de VBAC foi de 14,9%, uma taxa de sucesso de 60,8%. Mulheres com três cesáreas ou mais apresentaram maior vulnerabilidade social. As chances de VBAC foram maiores entre aquelas decididas pelo parto vaginal no fim da gestação, com parto vaginal anterior, indução de parto, admitidas com mais de 4 ou mais centímetros de dilatação e sem companheiro. Duas (OR=0,25, IC 0,14-0,44) e três e mais cesáreas (OR=0,18, IC 0,07-0,49) reduziram a chance de VBAC em relação a uma cesárea. Assistência no sistema privado, complicações obstétricas e decisão por cesariana no final da gestação diminuíram as chances de VBAC. A faixa etária, escolaridade, adequação do pré-natal e razão da cesárea anterior não apresentaram diferença significativa.

Conclusão: é baixa a proporção de VBAC no Brasil. O excesso de cesariana sem início de trabalho de parto aponta para a decisão prévia pela cirurgia, independentemente de indicação clínica. São necessárias ações de estímulo ao VBAC, visando reduzir taxas globais de cesarianas e suas consequências para a saúde materno-infantil.

Palavras-chave: Parto Obstétrico, Nascimento Vaginal Após Cesárea, Parto Normal, Cesárea, Saúde Materna

Introdução

No Brasil, a maioria dos nascimentos ocorre por cesariana desde 2009¹. A despeito de todas as políticas públicas implementadas no país nos últimos anos²⁻⁵, dados do Ministério da Saúde apontam que, em 2019, a taxa nacional foi de 56,3%⁶. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), taxas de cesárea maiores que 10% a 15% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal, não havendo evidências de benefícios da cirurgia em mulheres sem indicação clínica. Além disso, o procedimento cirúrgico acarreta mais riscos imediatos e a longo prazo para a saúde das mulheres e de seus filhos, inclusive em possíveis gestações futuras⁷.

Se para as mulheres que estão grávidas pela primeira vez, as chances de um parto vaginal no Brasil já não são grandes, para as mulheres com cesarianas anteriores essas chances são remotas^{8,9,10}. A ideia de “uma vez cesárea, sempre cesárea”, apesar de datada de 1916¹¹, permanece na cultura obstétrica do país a despeito de evidências científicas que demonstram segurança no parto vaginal após cesariana (VBAC – *Vaginal Birth After Cesarean*). A decisão sobre o tipo de parto nas gestações subsequentes a uma cesariana torna-se uma questão importante, pois existem riscos associados a repetidas cirurgias no mesmo local, como a maior probabilidade de aderências, hemorragias e placentação anormal (placenta prévia e acreta)¹²⁻¹⁴.

No Brasil, há poucos dados disponíveis a respeito da saúde materna e perinatal após cesarianas, sendo necessários mais pesquisas para a compreensão do tema. O objetivo do estudo é fazer uma análise descritiva das mulheres brasileiras com cesariana anterior em uma gestação subsequente, bem como apontar os fatores associados ao VBAC no Brasil.

Método

O presente estudo utiliza dados do Nascido no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento composto por mulheres no pós-parto e seus recém-nascidos, realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, com amostra representativa das cinco macrorregiões do país, residentes de capitais e não capitais, em serviços privados, públicos e mistos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas durante a internação hospitalar, extração de dados dos prontuários, cartões de pré-natal (quando disponíveis) e duas ligações telefônicas após a alta hospitalar a partir de uma amostragem complexa com 266 hospitais^{15,16}.

Este estudo tem um recorte de 4.987 mulheres com cesárea anterior, sendo excluídas, portanto, todas as nulíparas e as multíparas com antecedente de apenas partos vaginais (Figura1). Foram avaliadas as características sociodemográficas e obstétricas, com estratificação por quantidade de cirurgias em uma, duas ou três e mais cesáreas e por tipo de parto na gestação atual, sendo ele vaginal (VBAC) ou cesárea de repetição.

Foram selecionadas como variáveis sociodemográficas: região de ocorrência (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul), localização da cidade (capital, interior); financiamento para o parto (SUS, privado), faixa etária (12 a 19 anos, 20-34 anos, > 35 anos), raça/ cor segundo o IBGE (branca, preta, parda, amarela, indígena), anos de escolaridade (≤ 7 , 8-10, ≥ 11), situação conjugal (com e sem companheiro) e classificação econômica agrupada (A/B, C ou D/E) segundo a ABIPEME (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa) ¹⁷.

Os fatores obstétricos selecionados foram o tipo de parto na gestação atual (vaginal, cesárea), cesárea de acordo com o trabalho de parto (cesárea sem trabalho de parto, cesárea intraparto), parto vaginal anterior, mesmo profissional no pré-natal e no parto (sim, não), idade gestacional (prematureo - até 36 semanas, termo - 37 a 41 semanas, pós-termo - ≥ 42 semana), indução de trabalho de parto (induzido, espontâneo), preferência de parto no início da gestação e preferência de parto no final da gestação (vaginal, cesárea, não tinha preferência). A adequação do pré-natal (sem pré-natal, inadequado e adequado) foi baseada no estudo de Domingues e colaboradores ¹⁸, o pré-natal foi considerado adequado quando iniciado até 12 semanas de gestação, com o mínimo de seis consultas, registro de pelo menos um resultado de cada exame da rotina pré-natal em cartão da gestante e orientação a maternidade de referência fornecida.

Com relação à dilatação cervical no momento da internação (≤ 3 centímetros, 4-5 centímetros, ≥ 6 centímetros), verificou-se que 95% das mulheres sem essa informação em prontuário tiveram cesárea antes do trabalho de parto, essas foram consideradas então na categoria dilatação menor do que 3 centímetros. Os 5% restantes estavam distribuídos de maneira igualitária entre as outras categorias. Para a taxa de sucesso do trabalho de parto foi considerada a percentagem de partos normais entre as mulheres que entraram em trabalho de parto.

Foram consideradas emergências ou complicações obstétricas: síndromes hipertensivas, diabetes ou alguma outra condição clínica e obstétrica potencialmente relacionada a emergências obstétricas antes do parto, que podem ter sido descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, infecção pelo HIV ou outro tipo ^{10,19}. Os dados foram coletados em

prontuário, com exceção de raça/cor, escolaridade, situação conjugal, perfil econômico e razão da última cesárea. A adequação pré-natal considerou os dados de cartão pré-natal. A indicação da cesárea atual incluiu até três opções para cada paciente, segundo o obstetra.

Foi realizada uma análise estatística descritiva para a apresentação de frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas e obstétricas, de acordo com o número de cesáreas anteriores e o tipo de parto na gestação atual. As diferenças entre as categorias foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado (χ^2), considerando um valor de $p < 0.05$ para significância estatística. As variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa nas análises descritivas foram incluídas no modelo linear generalizado de maneira hierarquizada. Iniciando pelas características sociodemográficas e, em seguida, foram incluídas as características obstétricas. Ser atendida pelo mesmo profissional do pré-natal e no parto, por ser uma característica do setor privado não foi considerado no modelo, o mesmo foi feito com a hipertensão, uma vez que ela estava incluída entre as complicações obstétricas. O poder do efeito de tais variáveis poderia se anular no ajuste estatístico. Foi utilizado o software R versão 1.2.1335, para as análises.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP / Fiocruz) sob o CAAE 50697621.4.0000.5240, com número de parecer: 4.950.262.

Resultados

Do total de 23.894 mulheres incluídas no Nascer no Brasil, 4.987 (20,9%) tinham ao menos uma cesariana prévia. Na Tabela 1 evidencia-se que a maior parte das mulheres tiveram o atendimento financiado pelo Sistema Único de Saúde - SUS (71,8%), tinham de 20 a 34 anos (76,8%), se classificavam como pardas (52,4%), tinham mais de 11 anos de escolaridade (51,6%), viviam com companheiro (86,6%) e pertenciam à classe econômica C (49,3%).

Algumas categorias apresentaram aumento em suas proporções conforme cresciam o número de cirurgias. As mulheres pretas representavam 7,5% daquelas com 1 cesárea anterior, chegando a 12% entre aquelas com 3 ou mais; a faixa de escolaridade mais baixa, até 7 anos de estudo, eleva-se de 22,2% para 50,8% e o financiamento pelo SUS aumenta de 68,9 para 88,2%. As taxas de mulheres com mais de 35 anos, sem companheiro e pertencentes às classes C, D e E também aumentam.

Considerando todas as mulheres, o percentual de VBAC foi de 14,9%. O SUS foi responsável por 96,1% dos casos de VBAC e, entre seus partos com histórico de cesárea anterior, 24,6% foram vaginais. Região, tipo de cidade (capital ou não) e raça/cor não apresentaram diferença estatisticamente significativa com relação ao tipo de parto. A avaliação por categoria revelou maiores proporções de VBAC entre as mulheres da região Norte (19,5%), moradoras de capitais (16,9%), indígenas (27,3%), com faixa etária de 12 a 19 anos (23,8%), com menos de 7 anos de escolaridade (22,6%), nas classes econômicas C e D (22,2%) e sem companheiro (22,4%).

Na tabela 2 são apresentadas as características obstétricas das mulheres com cesárea anterior. A maior parte delas tinham uma cesárea (76,5%), dessas, 81,3% foram submetidas a outra cesárea, sendo 75,5% antes do trabalho de parto. A cesárea atual ultrapassa 97,0% quando havia 2 ou mais cirurgias anteriores.

O percentual de partos vaginais naquelas que entraram em trabalho de parto foi de 60,8%, o que foi considerado a taxa de sucesso de VBAC na amostra (Figura 1). Mulheres internadas em trabalho de parto ativo tiveram mais VBAC, seja com 4 a 5 centímetros de dilatação cervical (54%) ou mais de 6 centímetros de dilatação cervical (68%), 55,5% das mulheres com VBAC, além da cesariana, tinham parto vaginal anterior.

A maior parte das mulheres referiu desejar outra cesárea no início da gestação (57,5%), valor ainda maior entre as mulheres com 2 cesáreas (67%). Em todos os grupos houve aumento na decisão pela cesárea ao final da gestação, chegando a 64,9% no total. A categoria com maior porcentagem de VBAC no estudo foi a de mulheres que mantiveram a preferência pelo parto vaginal até o final do pré-natal (61,6%).

O grupo de mulheres com 3 ou mais cesáreas apresentou maior frequência de gestações sem pré-natal (4,9%), ou pré-natal inadequado (49,7%) e com emergências ou complicações (32,3%). Esse grupo também teve menor porcentagem do mesmo profissional no pré-natal e no parto (20,1%), mais cesáreas de repetição sem trabalho de parto (90%) e, conseqüentemente, as internações com menos de 3cm de dilatação (95%).

As mulheres foram questionadas quanto à razão da última cesárea realizada, e a “falta de passagem ou dilatação e bebê grande ou que não encaixou/desceu” foi o motivo mais prevalente (42,7%) seguido por pressão alta (10,5%), como exposto na tabela 3. As indicações para a cesárea atual, segundo dados do médico obstetra no prontuário, estão descritas na tabela 4. A cesárea anterior foi citada como motivo para a cirurgia atual em 44,1% dos casos, chegando

a 73,6% entre as mulheres com três cesáreas anteriores. As demais razões mais prevalentes foram a desproporção céfalo-pélvica (9,5%) e síndromes hipertensivas (7,6%).

Na tabela 5, verifica-se que a chance de VBAC diminuiu 75% na segunda cesárea (OR=0,25, IC 0,14-0,44) e 82% na 3ª cesárea (OR=0,18, IC 0,07-0,49). Ser atendida no setor privado reduziu a chance de VBAC em 56% (OR=0,44, IC 0,22-0,88) e ter complicações obstétricas em 38% (OR=0,62, IC 0,43-0,89). A chance de um VBAC foi aproximadamente 4,5 vezes (OR=4,53, IC 3,01-6,79) maior para as mulheres que estavam decididas por um parto vaginal no final da gestação, para as que já tinham parto vaginal anterior quase 3 vezes (OR=2,80, IC 1,47 – 3,13), com indução de parto 5,3 vezes (OR=5,36, IC 2,74-10,50), as que foram admitidas no hospital com dilatação de 4 a 5 centímetros 8,1 vezes (OR=8,10, IC 5,01-13,12) e 13,10 vezes para as que foram admitidas com mais de 6 centímetros (OR=13,10, IC 6,48-30,20). Mulheres sem companheiro tiveram 70% mais partos vaginais (OR=1,70, IC 1,04-2,79). A faixa etária, escolaridade, adequação do pré-natal e razão da cesárea anterior não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Discussão

Do total de mulheres incluídas na amostra do estudo Nascir no Brasil, 20,9% tinham cesarianas prévias à gestação de entrada no estudo e 85,1% passaram novamente pela cirurgia, sendo 75,5% antes de entrar em trabalho de parto. Enquanto a amostra total do estudo apresentou 52% de cesáreas com 34,1% antes do trabalho de parto ²⁰. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o grupo de mulheres com cesárea anterior é responsável por 21,9% dos nascimentos e sua taxa aceitável para uma cirurgia de repetição ficaria entre 50% e 60% ²¹.

A segunda cesárea reduz em 75% a chance de um VBAC e ter três ou mais cesáreas em 82%. Os dados brasileiros apontam uma forte tendência para a cesárea de repetição, em detrimento aos estudos que apontam a segurança dos VBAC e as possíveis complicações, que aumentam com o número de cirurgias ¹²⁻¹⁴. Por isso, evitar a primeira cesárea é um dos caminhos recomendados para a diminuição das taxas de cesariana e seus efeitos na saúde materno-infantil ⁷. A taxa de VBAC entre as mulheres que entraram em trabalho de parto foi de 60,8%, valor próximo aos encontrados em outros estudos que ficaram entre 57,6% e 74% ¹²⁻¹⁴.

A magnitude de cesáreas anteriores revelou que o maior número de cirurgias está relacionado à maior paridade total. Vale ressaltar que 22,3% das mulheres com três cesarianas ou mais também tinham parto vaginal anterior. Fato que pode indicar falta de acesso aos serviços de planejamento familiar, uma das variáveis que compõe a falta de acesso aos serviços de saúde,

bem como a outros direitos fundamentais, mais frequentes em camadas socioeconômicas mais vulneráveis.

Um estudo brasileiro comparou quatro coortes de Pelotas com dados de 1982 a 2015 e revelou que, apesar da redução de paridade em todas as camadas sociais, as mulheres pretas ou pardas e pobres continuam com uma maior paridade e menor intervalo entre as gestações. A interação entre renda e cor da pele no intervalo interpartal e pelo menos uma gestação anterior revelou que a iniquidade aumentou durante o período estudado ²². Dados do Nascer no Brasil já demonstraram que as mulheres pretas estão mais suscetíveis a iniquidade social, com menor escolaridade, concentração nas classes econômicas mais baixas e apresentam maiores taxas de pré-natal inadequado ²³.

Para o Ministério da Saúde, o grupo com três cesáreas ou mais é um grupo menor, uma vez que é comum a realização de ligadura tubária na terceira cirurgia, apesar de um parto vaginal nesses casos ter pouco impacto nas taxas globais de cesariana, o maior risco de rotura uterina em caso de VBA3C deve ser pesado contra o aumento de hemorragia, histerectomia, lesão vesical de alças intestinais quando se repete um cesariana após múltiplas cirurgias²⁴.

A chance de um VBAC foi quase nula no setor privado. Enquanto dos partos com cesárea anterior financiados pelo SUS, um quarto foram vaginais, porcentagem que representou 96,1% dos VBAC. No sistema privado de saúde, quase a totalidade das mulheres com cesárea prévia tiveram cesarianas de repetição. Nakamura-Pereira e colaboradores identificaram que mesmo em mulheres com cesárea anterior elegíveis ao trabalho de parto após cesárea prévia (TOLAC), 79,4% foram submetidas à cirurgia, sendo 66,1% de maneira eletiva, no sistema privado a porcentagem foi de 95,3%, o que aponta que, em geral, não são condições clínicas que estão envolvidas na decisão de realizar uma nova cesariana¹⁰.

A diferença nas taxas de cesárea entre os serviços públicos e privados são multicausais, com aspectos financeiros e culturais envolvidos. Na rede privada, o modelo intervencionista de atenção à saúde, os diagnósticos e o uso de habilidades cirúrgicas sofisticadas são mais valorizados do que a atenção centrada na mulher exigida para o acompanhamento de um parto normal. A aparente possibilidade de controle do processo, agendamento, a proteção de um possível dano genital e o maior status socioeconômico atrelado a esses fatores podem influenciar as maiores taxas no sistema privado ²⁵.

Na rede pública, ainda que se reproduza ações características das unidades privadas, algumas ações do Ministério da Saúde buscaram incentivar a diminuição das taxas de cesariana, além de ações com intuito de reduzir a cirurgia primária ²⁶⁻²⁸. O Ministério da Saúde recomenda

o VBAC para mulheres com 1 ou 2 cesáreas anteriores, que não apresentem contraindicações ao parto vaginal²⁴. Contudo, mesmo no setor público, 52,2% dos partos foram cesarianas eletivas, ou seja, agendadas antes do início do trabalho de parto, contando com aqueles em que a cirurgia foi realizada após o início do mesmo a taxa chega a 70,6%.

Os dados do estudo apontaram que as chances de um VBAC foram maiores para mulheres que persistiram até o final da gestação com a decisão pelo parto vaginal, já tinham um parto vaginal anterior, tiveram indução de parto ou foram admitidas no hospital com 4-5 centímetros de dilatação, sendo ainda maiores com dilatação superior a 6 centímetros.

Os achados vão ao encontro de D'Orsi et al^{8,9} que identificaram os fatores associados à chance de um parto vaginal após cesariana no Brasil com base em registros médicos de prontuários de mulheres que deram à luz em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. O VBAC também esteve mais associado a mulheres com apenas uma cesárea anterior, dilatação cervical na admissão acima de 3 cm, história de pelo menos um parto vaginal anterior e menor escolaridade, dados similares aos encontrados na presente análise. Eles ainda encontraram menor chance para mulheres com hipertensão arterial e idade gestacional inferior a 37 semanas, que não foram mensurados em nosso recorte de risco habitual.

Maior dilatação e condições de colo uterino mais favoráveis também foram condições relevantes no estudo de Maroyi²⁹ et al. Na República Democrática do Congo, Fitzpatrick et al.³⁰ (2021) na Escócia e Mi et al.³¹ na China. Os estudos citados contemplam mulheres de diversas nacionalidades e com isso diversas composições físicas e sociais, bem como diferentes culturas obstétricas, a maior parte deles apontam para a influência do nível socioeconômico, da etnia não dominante, do parto vaginal anterior, presença de apenas uma cesárea e das condições favoráveis de dilatação cervical que deve estar associada ao início do trabalho de parto antes da admissão hospitalar.

Mulheres que chegaram ao final da gestação decididas por uma cesárea tiveram chances menores de VBAC, vale ressaltar que a decisão pelo tipo de parto no fim da gestação é influenciável pela assistência pré-natal. Segundo publicação do Nascir no Brasil, apenas 27,6% das mulheres brasileiras referiram iniciar o pré-natal com o desejo pela cirurgia. No setor público essa preferência é menor, de 15%, e assim permanece até o final, enquanto no setor privado, 36,1% preferem a cirurgia no início e, ao final da gestação, 67,6% delas já definiram a cesariana como via de parto. A maior proporção de mulheres com preferência pela cesárea no início da gestação está no grupo das múltiparas do sistema privado que já passaram pelo procedimento, 73,2%³².

A razão da cesárea anterior foi apresentada pelas mulheres, sendo mais prevalente a justificativa apresentada na opção “Bebê grande/não teve passagem ou dilatação/bebê não desceu ou não encaixou” da entrevista, apesar de a razão da cesárea anterior não aparecer como um fator significativo para o VBAC, pesquisadores já apontaram que indicação de distócia de parto para cesárea anterior podem ser um fator relacionado à diminuição das chances de VBAC trabalho de parto ³³.

Os dados do estudo foram coletados entre os anos de 2011 e 2012, quase 10 anos antes de sua análise, o que pode ser uma limitação do estudo. Entretanto, as taxas de cesariana durante essa década no Brasil pouco se alteraram e não se acredita que tenham ocorrido mudanças substanciais na atenção ao parto desse grupo de mulheres, Leal e colaboradores³⁴ compararam os achados da rede pública do Nascer no Brasil com os estudos de avaliação da Rede Cegonha, programa do Ministério da Saúde e verificou que a taxa de cesariana não alterou, havendo uma substituição das cesáreas antes do trabalho de parto pelas cesáreas intraparto. A comparação da rede privada com o Parto Adequado apontou redução nas taxas de cesárea, que ainda assim permanecem altos.

As altas taxas de cesárea se tornam um problema de saúde pública quando a intervenção, a princípio concebida como um instrumento de proteção, se torna um fator de risco, caracterizando uma epidemia iatrogênica ³⁵. Por isso, além da prevenção de cesáreas sem indicação clínica em mulheres nulíparas, é importante compreender que o grupo de mulheres com cesáreas anteriores é o que mais contribui para a taxa de cesariana global do Brasil ^{36,37} e para reverter esse efeito recorrente das cesáreas é necessário que sejam empregadas políticas de estímulo ao VBAC, a fim de evitar mulheres com múltiplas cesáreas, uma vez que elas estão ainda mais propensas a complicações.

Conclusão

O estudo revelou que o perfil das mulheres com cesárea anterior no Brasil se altera de acordo com o número de cirurgias realizadas e o maior número de cesáreas pode estar associado à maior paridade e iniquidade social. Apesar dos estudos apontarem a segurança dos partos vaginais após cesariana, a maior parte das mulheres são encaminhadas a uma nova cirurgia, ocorrendo a grande maioria antes do trabalho de parto, tanto no setor público quanto no privado. O tema precisa de maior visibilidade e atenção dos formuladores de políticas públicas no intuito de reduzir as taxas de cesáreas sem indicação clínica em nulíparas e estimular o VBAC para a diminuição das taxas globais de cesarianas e suas consequências para a saúde materno-infantil.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesse com os resultados do estudo.

Referências

1. DATASUS. Nascim p/resid.mãe segundo Ano do nascimento Período: 1994-2019 – [citado em 14 out 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> .
2. Brasil. Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática Brasília: Centro de Documentação, 1984 - [citado em 17 dez 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.816, DE 29 DE MAIO DE 1998. - [citado em 17 dez 2021]. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2816_29_05_1998.html
4. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. - [citado em 17 dez 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] Brasília : Ministério da Saúde, 2017. - [citado em 17 dez 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
6. DATASUS. Nascim p/resid.mãe por Tipo de parto segundo Região/Unidade da Federação Período: 2019. – [citado em 14 out 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 02 abr 2021.
7. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial da Saúde. Genebra, 2015. – [citado em 14 out 2021]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=4EDA51B15741AF4CB90F44F658EC519C4?sequence=3
8. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, 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(2):152-7. [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(00\)00523-6](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(00)00523-6)
9. D'Orsi E. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no Município do Rio de Janeiro. [tese]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2003. 113p.
10. Nakamura-Pereira M, Esteves-Pereira AP, Gama SGN, Leal M. Elective repeat cesarean delivery in women eligible for trial of labor in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018; 143(3):351-359. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12660>
11. Cragin, E. Conservatism in obstetrica. *New York Medical Journal* 1916; 104 (1-3). [citado em 14 out 2021]. Disponível em: <https://archive.org/details/newyorkmedicaljo1041unse/page/n7>.
12. Landon MB, Hauth JC Leveno KJ et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labour after Prior Cesareal Delivery. *Engl j med* 2004; 351 (25): 2581-2589. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa040405>.

13. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1226-32. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84>
14. Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, Janik R, Nygren P, Walker M, McDonagh M. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2010.;(191):1-397. PMID: 20629481; PMCID: PMC4781304.
15. Leal M, da Silva AA, Dias MA, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health.* 2012. Aug(22): 9-15. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-9-15>.
16. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, et al. Desenho da amostra Nascido no Brasil. Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:49-58. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176013>
17. ABIPEME - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Classificação Econômica Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2008. – [citado em 14 out 2021]. Disponível em: <http://www.aba.com.br/wp-content/uploads/content/7727632a373615b34f2a5726fcc5c9e2.pdf>
18. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(3):140–7. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>
19. Dias MA, Domingues RM, Schilithz AO, et al. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey Reproductive Health. 2016; 13(Suppl 3):114. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>
20. Nascido no Brasil – inquérito nacional sobre parto e nascimento. In: Sumário Executivo Temático da Pesquisa [online]. 2014. – [citado em 14 out 2021]. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascido_no_brasil.pdf. Acesso em: 14 fev 2020.
21. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Robson Classification. Implementation Manual. Geneva: World Health Organization, 2017- [citado em 14 dez 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>.
22. Matijasevich A, Victora CG, Silveira MF et al. Maternal reproductive history: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *International Journal of Epidemiology*, 2019, Vol. 48, Supplement 1. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy169>
23. Leal M do C, da Gama SGN, Pereira APE et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(1): 1-17. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
24. Ministério da Saúde. CAPÍTULO 4 – PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA. In: Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana. 2015– [citado em 22 nov 2021]. Disponível em : http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

25. Diniz, Simone & Chacham, Alessandra. (2004). “The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive health matters*. 12. 100-10. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)23112-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23112-3).
26. Diniz SG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet*. 2005;10(3):627-37. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.
27. Riscado, LC. Os sentidos da cesariana entre usuárias do setor privado e público de saúde: convivência de estratégias biopolíticas no “fazer nascer”. [Tese] Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, RJ 2016. 181p.
28. Leal M do C. Parto e nascimento no Brasil: um cenário em processo de mudança. Editorial. *Cad. Saúde Pública*. 2018; 34 (5) 10: 1-3. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00063818>
29. Maroyi R, Naomi B, Moureau MK, Marceline BS, Ingersoll C, Neville R, Mukwege D. Factors Associated with Successful Vaginal Birth After a Primary Cesarean Section in Women with an Optimal Inter-Delivery Interval. *Int J Womens Health*. 2021; 13:903-909. <https://doi:10.2147/IJWH.S334269>. PMID: 34675688; PMCID: PMC8502045
30. Fitzpatrick K, Kurinczuk J, Quigley M. Planned mode of birth after previous caesarean section and special educational needs in childhood: a population-based record linkage cohort study. *BJOG*. dezembro de 2021;128(13):2158–68.
31. Mi Y, Qu P, Guo N, Bai R, Gao J, Ma Z, et al. Evaluation of factors that predict the success rate of trial of labor after the cesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. dezembro de 2021;21(1):527.
32. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30 (Sup 1):S101-S116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105113>
33. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, et al. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(3 Pt 2):1016-1023. <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.05.066>
34. Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(7):e00223018.
35. Batista Filho M, Rissin . A OMS e a epidemia de cesarianas. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2018; 18(1): 3-4. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000100001>
36. Nakamura-Pereira M, Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al. Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: The role of source of payment for childbirth. *Reprod Health*. 2016. 13(S3):128. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7>
37. Knobel R, Lopes TJP, Menezes Mo et al. Cesarean-section Rates in Brazil from 2014 to 2016: Cross-sectional Analysis Using the Robson Classification. *Rev Bras Ginecol Obstet* .2020: 42 (09). <https://doi.org/10.1055/s-0040-1712134>

Figura 1- Fluxograma de mulheres com uma ou mais cesáreas do estudo Nacer no Brasil. Período: 2011 - 2012.
Fonte: Inquérito Nacer no Brasil.

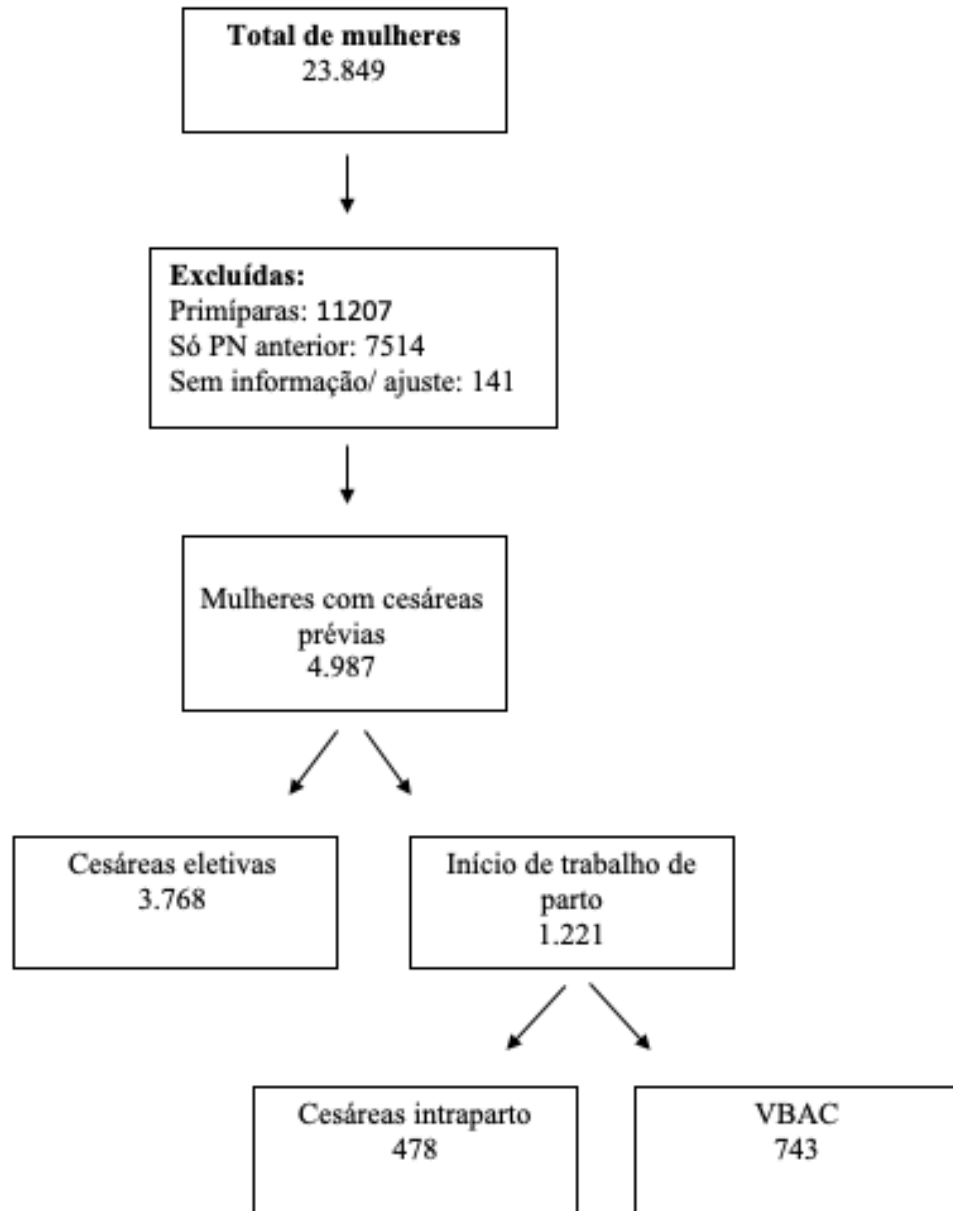


Tabela 1- Tabela de frequência. Características sociodemográficas das mulheres com cesárea anterior no Brasil, distribuição por quantidade de cesáreas anteriores, tipo de parto na gestação atual e porcentagens de VBAC por categoria. Período: 2011 - 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil.

Fatores sociodemográficos	Todas as mulheres com cesárea anterior		Com 1 cesárea anterior		Com 2 cesáreas anteriores		Com ≥3 cesáreas anteriores		Valor de p	VBAC		% VBAC	Cesáreas de repetição		Valor de P
	N	%	N	%	N	%	N	%	p	N	%		N	%	p
Total	4.987	100	3817	100	948	100	222	100		743	100	14,9	4.246	100	
Região															
Norte	426	8,6	313	8,2	104	10,9	10	4,5		83	11,2	19,5	343	8,1	
Nordeste	1.194	24,0	952	25,0	219	23,1	22	9,8		148	19,9	12,4	1.045	24,6	
Centro-Oeste	368	7,4	256	6,7	84	8,9	27	12,4	<0,001	47	6,4	12,8	320	7,6	0,15
Sudeste	2.281	45,7	1.747	45,8	418	44,1	117	52,5		343	45,3	15,0	1.938	45,6	
Sul	718	14,4	549	14,4	123	13,0	46	20,7		120	16,2	16,7	598	14,1	
Cidade															
Capital	1.831	36,7	1.391	36,4	354	37,4	86	38,7	0,78	309	41,6	16,9	1.523	64,1	0,13
Interior	3.156	63,3	2.426	63,6	592	62,6	136	61,3		434	58,4	13,8	2.723	35,9	
Hospital															
SUS*	3.584	71,8	2.629	68,9	758	79,9	196	88,2	<0,001	713	96,1	24,6	2.871	67,6	
Privado	1.404	28,2	1.118	31,1	190	21,1	26	11,8		29	3,9	2,0	1.375	32,4	
Faixa etária															
12 a 19 anos	252	5,1	224	5,9	22	2,3	6	2,6		60	8,1	23,8	192	4,5	
20 a 34 anos	3.834	76,8	2.933	76,8	740	78,0	161	71,7	<0,001	602	81	15,7	3.233	76,1	<0,001
35 anos ou mais	901	18,1	660	17,3	186	29,7	55	25,7		81	10,9	9,0	821	19,4	
Raça/cor															
Branca	1.935	38,8	1.520	39,8	332	35,0	82	37,1		253	34,1	13,1	1.682	39,6	
Preta	375	7,5	286	7,5	62	6,6	27	12,1		70	9,4	18,7	305	7,2	
Parda/Morena	2.615	52,4	1.966	51,5	536	56,5	112	50,6	0,02	407	54,8	15,6	2.208	52	0,12
Amarela	53	1,1	36	0,9	16	1,7	1	0,3		10	1,3	18,9	43	1,0	

Indígena	11	0,2	9	0,2	2	0,3	0	0		3	0,5	27,3	8	0,2	
Escolaridade															
Até 7 anos	1.281	25,7	847	22,2	321	33,9	113	50,8		290	38,9	22,6	993	23,4	
De 8 a 10 anos	1.134	22,7	827	21,7	251	26,5	56	25,4	<0,001	207	27,9	18,3	927	21,8	<0,001
11 anos ou mais	2.572	51,6	2.143	56,1	376	39,6	53	23,8		246	33,2	9,6	2.326	54,8	
Situação Conjugal															
Sem Companheiro	669	13,4	477	12,5	151	16,0	40	18,0	0,04	150	20,3	22,4	518	12,2	<0,001
Com Companheiro	4.317	86,6	3.337	87,5	797	84,0	182	82,0		590	79,7	13,7	3.272	87,8	
Classe econômica segundo ABIPEME															
Classe A+B	1.621	32,5	1.306	33,2	259	27,3	56	25,1		117	15,7	7,2	1.505	35,5	
Classe C	2.457	49,3	1.861	48,8	481	50,8	115	51,6	<0,001	424	57	17,3	2.035	47,9	<0,001
Classe D+E	909	18,2	649	17,0	208	21,9	51	23,3		202	27,3	22,2	706	16,6	

*Sistema Único de Saúde

Tabela 2- Tabela de frequência. Características obstétricas das mulheres com cesárea anterior no Brasil, distribuição por quantidade de cesáreas anteriores, tipo de parto na gestação atual e porcentagens de VBAC por categoria. Período: 2011 - 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil.

Fatores sociodemográficos	Todas as mulheres com cesárea anterior		Com 1 cesárea anterior		Com 2 cesáreas anteriores		Com ≥3 cesáreas anteriores		Valor de p	VBAC		% VBAC	Cesáreas de repetição		Valor de P
	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%		N	%	
Total	4.987	100	3817	100	948	100	222	100		743	100	14,9	4.246	100	
Número de cesáreas															
1	3817	76,5	-	-	-	-	-	-	-	714	96,0	18,7	3.104	73,1	
2	948	19,0	-	-	-	-	-	-	-	23	3,1	2,4	926	21,8	<0,001
3 ou mais	222	4,5	-	-	-	-	-	-	-	6	0,9	2,7	216	5,1	
Cesárea de acordo com trabalho de parto															

Cesárea sem trabalho de parto	3.768	75,5	2.723	71,3	844	89	200	90,0	<0,001	-	-	-	3.768	88,7	
Cesárea intraparto	478	9,6	380	10,0	81	8,9	16	7,2		-	-	-	478	11,3	-
Parto vaginal anterior															
Sim	1049	21	840	22	159	16,8	22	22,3	0,04	412	55,6	55,5	636	15,1	<0,001
Não	3932	79	2971	73	789	83,2	78	77,7		328	44,4		3604	84,9	
Taxa de sucesso de trabalho de parto*															
Partos vaginais	743	60,8	714	65,2	23	22,1	6	28,1	-						
Pré-natal															
Sem pré-natal	63	1,3	39	1,0	12	1,3	10	4,9		18	2,4	27,2	45	1,1	
Inadequado	2.146	43,0	1.595	41,8	441	46,5	110	49,7	<0,001	404	54,4	18,2	1.743	41,0	<0,001
Adequado	2.779	55,7	2.183	57,2	495	52,2	101	45,4		321	43,2	11,2	2.458	57,9	
Mesmo profissional no pré-natal e no parto															
Sim	1.716	34,4	1.378	36,1	293	30,9	44	20,1	<0,001	31	4,2	1,8	1.685	39,7	
Não	3.271	65,6	2.439	63,9	655	69,1	178	79,9		711	95,8	21,7	2.560	60,3	<0,001
Idade gestacional															
Prematuro (≤36 sem)	491	9,9	354	9,3	110	11,6	27	12,2		77	10,4	15,7	413	9,7	
Termo (37-41 sem)	4.397	88,1	3.377	88,4	827	87,3	190	85,4	0,15	647	87,2	14,7	3.750	88,3	0,84
≥42 semanas	102	2	86	2,3	11	1,1	5	2,4		18	2,7	17,6	84	2	
Presença de complicações obstétricas															
Hipertensão arterial	665	13,3	499	13,1	127	13,4	39	17,8	0,24	53	7,2	8,0	612	14,4	<0,001
Diabetes	538	10,8	404	10,6	100	10,5	34	15,3	0,29	65	8,8	12,1	473	11,1	0,17
Emergências ou complicações**	1.183	23,7	889	23,3	222	23,4	72	32,3	0,05	113	15,3	9,6	1.070	25,2	<0,001
Início de trabalho de parto***															
Induzido	212	4,2	208	5,4	1	0,1	3	1,4	<0,001	106	14,3	50,0	106	2,4	<0,001
Espontâneo	1.109	22,2	986	25,8	104	11,1	19	8,6		636	85,6	57,3	473	11,2	
Dilatação na internação															
≤ 3 cm	4.271	85,6	3.180	83,3	880	92,8	211	95,0		316	42,8	7	3.955	93,1	

4-5 cm	416	8,4	367	9,6	40	4,2	9	4,1	<0,001	223	29,9	54	193	4,6	<0,001
≥ 6 cm	300	6,0	270	7,1	28	3,0	2	0,9		203	27,3	68	97	2,3	
Preferência pelo tipo de parto															
Parto Vaginal	1.756	35,2	1.426	37,4	254	26,9	74	33,7		404	54,4	23,0	1.352	31,8	
Cesárea	2.869	57,5	2.114	55,4	636	67,0	118	54,4	<0,001	292	39,4	10,2	2.576	60,7	<0,001
Não tinha preferência	364	7,3	277	7,2	58	6,1	29	12,9		46	6,2	12,6	317	7,5	
Decisão no final da gestação															
Parto Vaginal	605	12,1	572	15,0	30	3,2	3	1,3		373	50,5	61,6	232	12,1	
Cesárea	3.239	64,9	2.247	58,9	798	84,1	194	87,3	<0,001	90	12,1	2,8	3.150	64,9	<0,001
Não tinha preferência	1.143	22,9	998	26,2	120	12,7	25	11,4		280	37,7	25,1	864	22,9	

*Traz a porcentagem baseada no total de mulheres que entraram em trabalho de parto.

** Complicações ou alguma condição clínica e obstétrica potencialmente relacionada a emergências obstétricas antes do parto, que podem ter sido descolamento prematuro de placenta, diabetes, infecção pelo HIV ou de qualquer outro tipo, síndrome hipertensiva ou placenta prévia.

*** Excluídas dessa análise as mulheres que não entraram em trabalho de parto

Tabela 3- Motivos da última cesárea anterior de acordo com as mulheres. Período: 2011 - 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil.

Motivo da última cesárea anterior a esta gestação.	N	%
Bebê grande /Falta de dilatação	2.183	42,7
Hipertensão	539	10,5
Apresentação pélvica/córmica	408	8,0
Medo da dor e do parto vaginal	242	4,7
Gestação prolongada	218	4,3
Sofrimento fetal	167	3,3
Circular de cordão	148	2,9
Outros	1008	19,6

*Incluído em outros além das respostas abertas que não puderam ser reclassificadas pouco líquido amniótico, laqueadura e diabetes.

Tabela 4- Razões apontadas pelo obstetra para cesárea na gestação atual em mulheres com cesárea anterior no Brasil. Período: 2011 - 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil.

Razões para a cesárea	Todas as mulheres com cesárea anterior		Com 1 cesárea anterior		Com 2 cesáreas anteriores		Com ≥3 cesáreas anteriores	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cesariana anterior	2256	44,1	1398	45,2	683	70,1	173	73,6
Desproporção Céfalo Pélvica	490	9,5	452	14,6	25	2,6	6	2,6
Síndromes hipertensivas*	390	7,6	293	9,5	102	10,5	22	9,4
Laqueadura	220	4,3	73	2,4	107	11,0	36	15,3
Gestação prolongada	172	3,4	143	4,6	20	2,1	8	3,4
Sofrimento Fetal e RCIU**	159	3,1	135	4,4	18	1,8	5	2,1
Apresentação pélvica/córmica	131	2,6	100	3,2	25	2,6	0	0,0
Diabetes	83	1,6	63	2,0	11	1,1	6	2,6
Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)	49	1,0	35	1,1	11	1,1	1	0,4
Placenta Prévia	31	0,6	22	0,7	6	0,6	0	0,0
Outros ***	1428	27,8	1120	36,3	248	25,4	47	20,1
Sem informação	626	12,2	520	16,8	93	9,5	13	5,5

* Hipertensão/Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia e síndrome HELLP

** RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

*** Incluído em outros além das respostas abertas que não puderam ser reclassificadas, pouco líquido amniótico, laqueadura, diabetes e outras situações menos frequentes.

Tabela 5- Fatores associados ao parto vaginal após cesárea no Brasil. Período: 2011 - 2012. Fonte: Inquérito Nascer no Brasil.

Número de cesáreas	OR	IC 95%
Quantidade de cesáreas – Valores brutos		
1	1	-
2	0,11	0,18-0,66
3 ou mais	0,13	0,04-0,37
Quantidade de cesáreas -Valores ajustados		
1	1	-
2	0,25	0,14-0,44
3 ou mais	0,18	0,07-0,49
Financiamento		
Público	1	-
Privado	0,44	0,22-0,88
Idade		
12 a 19 anos	1	-
20 a 34 anos	0,68	0,39-1,89
35 anos ou mais	0,54	0,28-1,06
Escolaridade		
Até 7 anos	1	-
De 8 a 10 anos	0,96	0,61-1,57
11 anos ou mais	0,83	0,55-1,26
Situação Conjugal		
Com Companheiro	1	-
Sem Companheiro	1,70	1,04-2,79
Pré-Natal		
Não Fez	1	-
Inadequado	1,13	0,47-3,79
Adequado	1,21	0,44-3,32
Parto Vaginal Anterior		
Sim	2,80	1,97-3,98
Complicações		
Sim*	0,62	0,43-0,89
Indução		
Sim	5,36	2,74-10,50
Dilatação na internação		
Até 3 cm	1	-
4-5 cm	8,10	5,01-13,12
Mais do que 6 cm	13,10	6,48-30,20
Decisão do tipo de parto no final da gestação		
Não tinha preferência	1	-
Parto Vaginal	4,53	3,01-6,79
Cesárea	0,25	0,16-0,38
Razão para Cesárea anterior		

Cesárea anterior	0,30	0,09-1,03
Bebê transverso/pélvico	1,02	0,43-2,44
Bebê grande /falta de dilatação	0,79	0,57-1,08

* Complicações ou alguma condição clínica e obstétrica potencialmente relacionada a emergências obstétricas antes do parto, que podem ter sido descolamento prematuro de placenta, diabetes, infecção pelo o HIV ou de qualquer outro tipo, síndrome hipertensiva ou placenta prévia.

6.2 ARTIGO 2

O PARTO VAGINAL APÓS CESARIANA NO BRASIL: DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS

Resumo

As chances de um parto vaginal no Brasil são baixas, sobretudo no sistema privado, para as mulheres com cesarianas anteriores elas são ainda menores. A ideia de “uma vez cesárea, sempre cesárea”, apesar de datada de 1916, permanece na cultura obstétrica do país a despeito de evidências científicas que demonstram que há segurança em um parto vaginal após cesariana (VBAC).

O objetivo do estudo é comparar os desfechos materno e neonatais de acordo com o tipo de parto após cesarianas prévias no Brasil, em mulheres consideradas de risco habitual, controlando os efeitos exercidos pelo nível socioeconômico, qualidade do pré-natal, tipo e localização do hospital e financiamento do parto. Analisou-se do banco de dados do inquérito Nascir no Brasil, com 2.894 partos e estimou-se a razão de chances por modelo de regressão logística.

O VBAC apresentou proteção de 86% nas complicações graves, ou *near miss* materno (OR 0,14; IC 0,02 – 0,81), não houve diferença significativa em relação ao *near miss* neonatal (OR 2,41; IC 0,81-7,18) e os dados de óbito fetal foram inconclusivos, devido a sua baixa incidência. Não tiveram casos de óbito materno ou roturas uterinas registradas. Conclui-se que o VBAC é escolha segura, que diminui as chances de complicações maternas sem aumento de risco para a saúde fetal e neonatal.

Introdução

“Uma vez cesárea, sempre cesárea” é o dogma mais persistente da obstetrícia. A despeito de todas as pesquisas sobre o tema, que apontam segurança para o parto vaginal após cesariana, a justificativa da rotura uterina ainda é utilizada para a realização de novas cirurgias. A famosa afirmação de Edwin B. Cragin foi publicada em 1916, no texto denominado “Conservadorismo em Obstetrícia”, no qual o autor questiona se o entusiasmo da época não estaria supervalorizando a nova cirurgia e negligenciando os fundamentos da Obstetrícia. O conservadorismo é apresentado não como o contrário do progresso, mas algo que faria com que o progresso não fosse tão rápido e considerasse o bem-estar materno e fetal. A cirurgia na época era realizada com incisão vertical no corpo uterino e geralmente indicada após complicações

severas, o que justificava sua afirmação e mesmo assim, o autor apresenta um caso de parto vaginal, apontando sua possibilidade (Cragin, 1916). Segundo os autores contemporâneos, o que podemos afirmar é que quanto mais cesárea, maior será o risco da cesárea (Silver et al., 2006; Guise et al, 2010; Tahseen e Griffiths, 2010, Dias et al., 2014).

A primeira cesariana, por si só já aumenta os riscos de complicações e morte materna quando comparada ao parto vaginal (Deneux-Tharaux et al., 2006; Kamilya et al., 2010; Ye et al, 2015; Esteves-Pereira et al., 2016; Fahmy et al., 2018). Como qualquer intervenção cirúrgica, no local onde há a incisão e cicatrização, há risco de aderências teciduais e alterações na circulação. Em futuras gestações, essas alterações podem levar a implantações anômalas da placenta, que pode ter uma inserção mais baixa (placenta prévia) ou mais profunda (placenta acreta), ou ambas. Os riscos aumentam com o número de cesarianas e as complicações têm efeitos sobre os partos, uma nova cirurgia pode ser mais longa, levando ao aumento de risco de hemorragias e infecções (Silver et al., 2006; Guise et al, 2010; Tahseen e Griffiths, 2010, Dias et al., 2014). Por outro lado, o verdadeiro risco de uma rotura uterina no trabalho de parto após cesariana não chega a 1%, além de estar relacionado à técnica da cirurgia anterior e de intervenções no parto atual (Landon, 2004; Guise et al, 2010).

O parto vaginal apresenta benefícios para a saúde do bebê, estando associado à prevenção de doenças relacionadas à distúrbios inflamatórios, imunológicos, metabólicos e algumas doenças crônicas (Eggesbo et al., 2003; Huh et al., 2012; Sevelsted et al., 2015; Wampach et al., 2018). Entretanto, nos partos subsequentes a cesarianas existe um paradoxo de riscos a serem considerados entre a saúde materna e a do conceito. Se por um lado, o parto vaginal após cesariana aparece como protetor para a saúde materna, alguns estudos apontaram um aumento de risco de mortalidade e complicações fetais que, precisam ser considerados. Para Guise e colaboradores (2010) o risco da mortalidade perinatal aumenta 82%, outros estudos apontam ainda na mesma direção, mas vale destacar que a magnitude é baixa, com 1,3 óbitos por 1000 nascidos vivos (Go et al., 2011; Boatin et al.,2017).

O Brasil é o país com uma das maiores taxas de cesarianas do mundo que, em 2019, representou 56,3% dos partos. É fundamental que tenhamos dados nacionais sobre os desfechos maternos e neonatais dos partos subsequentes a essas cirurgias com relação ao tipo de parto para que a tomada de decisão seja com base em evidências científicas, considerando a realidade do país. Portanto o objetivo do estudo é comparar os desfechos maternos e neonatais com relação ao tipo de parto de mulheres de risco habitual com uma cesárea anterior no Brasil.

Método

O estudo tem como base os dados coletados entre fevereiro de 2011 e outubro 2012 no estudo Nascir no Brasil, inquérito nacional de base hospitalar composto por mulheres no pós-parto e seus recém-nascidos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas durante a internação hospitalar e avaliação dos prontuários das puérperas e RN e cartões de pré-natal (quando disponíveis), além de contato telefônico após a alta hospitalar a partir de uma amostragem complexa com 266 hospitais e 90 puérperas entrevistadas em cada hospital (Leal et al, 2012:).

Foram comparados os desfechos de acordo com a via de nascimento dos partos das mulheres com uma cesárea anterior em gestações de risco habitual, ou seja, aquelas que após avaliação pré-natal e durante a admissão hospitalar foram consideradas de baixo risco de complicações para a mãe e/ou bebê (Ministério da Saúde, 2012).

Para a seleção do risco habitual foram excluídas as mulheres que apresentarem riscos durante a gestação ou emergências potencialmente relacionadas à necessidade de cirurgia, sendo eles: hipertensão arterial, diabetes, infecções, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.

Desfechos

O *near miss* materno foi considerado como desfecho grave para a saúde das mulheres, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que inclui 25 critérios clínicos, laboratoriais e de manejo que envolvem métodos de avaliação de disfunção cardiovascular, respiratória renal, hepática, hemorrágica, neurológica e uterina. As complicações incluem hemorragia pós-parto, pré-eclâmpsia severa, eclâmpsia, rotura uterina e complicações severas pós aborto. Algumas intervenções também podem ser incluídas, como admissão em Unidade de Terapia Intensiva, radiologia intervencionista, laparotomia e transfusão sanguínea (Say et al., 2009). Os casos identificados foram revistos por dois especialistas de forma independente para a identificação de possíveis inconsistências na extração dos dados, sendo os casos discordantes resolvidos por consenso (Dias et al., 2014).

Para a saúde neonatal foi considerado também o conceito de *near miss* neonatal, definido como eventos de morbidade que quase resultaram em morte de recém-nascidos até 28 dias de vida com base em um protocolo com critérios definidos pela OMS (Souza et al., 2011), adaptados aos dados disponíveis no estudo Nascir no Brasil e relacionados à via de parto, considerando a amostra de gestações a termo de risco habitual. Foram, portanto, considerados

os recém-nascidos com: Apgar menor do que 7 no quinto minuto de vida, intubação, hipoglicemia, uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas, uso de antibiótico, ressuscitação cardiopulmonar, uso de droga em reanimação e registro de convulsão. Dada a pouca quantidade para análise e considerando como possíveis os óbitos fetais relacionados ao tema de estudo, os casos foram unidos ao *near miss* neonatal para o cálculo final.

Análise estatística

Foi realizada uma estatística descritiva para a apresentação de frequências absolutas e relativas dos desfechos e das variáveis sociodemográficas de acordo com o tipo de parto. As diferenças entre as categorias foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado (χ^2), considerando um valor de $p < 0.05$ para significância estatística. Com base no referencial teórico foi proposto um Gráfico Acíclico Direcionado (Directed Acyclic Graphs- DAG) para a compreensão das variáveis a serem consideradas como fatores de potencialmente relacionados à exposição (VBAC) e aos desfechos (*near miss* materno e óbito/*near miss* neonatal), podendo levar ao confundimento no cálculo da associação estatística. A escolha desse método teve como base a teoria de Pearl (2009), apresentada por Silva (2021). As variáveis identificadas como necessárias foram utilizadas para o controle nos modelos de regressão logística proposto. Os gráficos foram desenvolvidos pelo programa Daggity com método desenvolvido por Textor e colaboradores (2016).

A Figura 1 demonstra a distribuição das variáveis selecionadas para análise do *near miss* materno e a Figura 2 as selecionadas para a análise do óbito/*near miss* neonatal. As setas do DAG indicam os caminhos em que há correlação entre as variáveis. Considerando a escolha de um menor conjunto de variáveis para o ajuste, a classe econômica foi apresentada como suficiente para representar cor da pele e escolaridade. Estudos brasileiros já demonstraram a relação no país entre cor, iniquidade social e falta de acesso aos serviços de saúde (Leal, 2017; Matijasevich et al., 2019). Dado que as gestações da amostra do estudo eram de risco habitual e estavam a termo, as variáveis prematuridade e complicações maternas não foram incluídas do modelo. O recorte da amostra e a escolha por gestações com estas características objetivaram a restrição, que é também uma das maneiras de controlar os fatores de confusão em uma análise. Foram consideradas variáveis relevantes e relacionadas ao tipo de parto, bem como os desfechos do estudo as incluídas no modelo, de acordo com a revisão de literatura sobre o tema (D’Orsi et al, 2001; D’Orsi, 2003; Deneux-Tharoux et. al., 2006; Kamilya et. al, 2010; Domingues et al, 2014; Mascarello et al, 2017; Nakamura-Pereira et al., 2018).

O modelo de regressão logística controlou na análise os efeitos da faixa etária materna (12 a 19 anos, 20 a 34 anos e 35 anos ou mais), fonte de pagamento do parto (público, privado ou misto), localização da cidade (capital, interior), adequação pré-natal (inadequado ou parcialmente adequado, adequado ou mais que adequado segundo Domingues et al. (2015), classe econômica segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABIPEME (A+B, C, D+E) (ABIPEME, 2008) e região do país (Centro-oeste, Nordeste, Norte, Sul e Sudeste). Os cálculos foram ponderados de acordo com os pesos definidos a partir do planejamento da amostragem complexa do estudo. Para a análise estatísticas foi utilizado o software R versão 1.2.1335.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP / Fiocruz) sob o CAAE 50697621.4.0000.5240, com número de parecer: 4.950.262, em 02 de setembro de 2021.

Resultados

Do total de 2.721 mulheres, 546 (20,6%) tiveram parto vaginal e 2.175 (79,4%) outra cesariana. Foram considerados *near miss* materno 13 casos, *near miss* neonatal 116 e a amostra contou com quatro óbitos, sendo dois deles fetais e dois neonatais. Não houve diferença estatisticamente significativa com relação ao tipo de parto.

Os dados de distribuição estão apresentados na tabela 1. Os partos vaginais (VBAC) tiveram maior concentração no sistema público de saúde, com 58,2%, seguido pelo misto, com 39,7% e apenas 2% no privado. As cesarianas foram mais prevalentes no sistema misto com 44,9%, seguido do privado com 30,7% e 24,4% no particular. Nos dois grupos, a maior concentração de mulheres estava da faixa etária entre 20 e 34 anos, foram nas extremidades que a diferença pareceu maior, na faixa com idade maior do que 35 anos estavam 8,8% dos VBAC e 16,6% das cesáreas de repetição. As mulheres com VBAC tiveram concentração maior de pré-natal inadequado, com 54,2% comparado s 39% das cesáreas de repetição. A classe econômica C concentrou a maior porcentagem dos dois partos, entretanto, as classes A e B concentraram 40,3% das cesáreas e apenas 15,9% dos VBAC, enquanto as classes D e E concentraram 15,2% das cesáreas e 27,8% dos VBAC. Não houve diferença significativa com relação às regiões do país.

A tabela 2 apresenta as variáveis que formam o os *near misses* do estudo. No total ocorreram 13 casos de *near miss* maternos, entre os partos vaginais ocorreram um caso de transfusão de 5 unidades ou mais hemácias, entre as cesárias quatro casos de frequência respiratória entre 40-60 incursões por minuto, quatro casos de oligúria não responsiva à hidratação ou medicamentos, um caso de achado laboratorial com $\text{pH} < 7,1$, um caso de uso de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina ou adrenalina), uma histerectomia pós infecção ou hemorragia, como os cálculos são realizados considerando peso amostral, os números não são exatos, não completando um e não chegam ao total nas demais variáveis.

Dos casos de *near miss* materno na amostra, um (7,7%) caso ocorreu entre nas mulheres que tiveram VBAC e 12 (92,3%) casos entre as que tiveram cesárea de repetição. Já para o *near miss* neonatal e óbitos, a prevalência foi de 25 (20,8%) casos entre as mulheres com VBAC e 95 (79,2%) entre as com cesárea de repetição.

Os casos de óbito/ *near miss* fetal ao todo foram 116, ocorreram dois casos de óbito fetal no grupo VBAC, por outro lado, 2 óbitos neonatais ocorreram no grupo de cesárea de repetição. Do total, 25 (20,8%) ocorreram entre as mulheres que com VBAC e 95 (79,2%) entre as cesáreas de repetição. As diferenças também não foram estatisticamente significativas.

Considerando os desfechos de acordo com as características selecionadas para o controle, nota-se que 84,6% dos *near miss* maternos ocorreram no sistema público de saúde e 15,4% no misto, 69,2% ocorreram nas capitais e apesar das diferenças de distribuição as demais características não apresentaram diferença significativa. Não houve diferença estatisticamente significativas nos casos de *near miss* fetal de acordo com as características escolhidas para o modelo.

A tabela 3 mostra a distribuição dos fatores que formam os *near miss* estudados. O critério mais prevalente para o *near miss* fetal foi a hipoglicemia, seguido do uso de ventilação positiva por pressão contínua (CPAP), intubação orotraqueal, uso de drogas em reanimação, ventilação mecânica, massagem cardíaca, convulsão e hipertensão pulmonar. Nos casos maternos, estiveram presentes o aumento da frequência respiratória e oligúria, necessidade do uso de drogas vasoativas, histerectomia, transfusão sanguínea e perda de consciência.

Avaliando os desfechos em modelo de regressão logísticas, o VBAC reduziu em 86% a chance de *near miss* materno ($\text{OR} = 0,14$, $\text{IC}_{95\%} 0,02-0,81$) e o *near miss* e óbito fetal e neonatal ($\text{OR} = 1,02$, $\text{IC}_{95\%} 0,58-1,80$), bem como apenas *near miss neonatal* ($\text{OR} = 0,98$, $\text{IC}_{95\%} 0,83-1,15$) não apresentaram diferença estatisticamente significativa quanto à via de parto (Tabela 4).

Discussão

Embora com um recorte de risco habitual e apenas uma cesárea anterior, a maior parte das mulheres, 79,4%, foi submetida a outra cirurgia e apenas 20,6% tiveram VBAC. A maior parte desses partos vaginais ocorreu no sistema público de saúde (58,3%), seguido pelo misto (39,7%) e apenas 2% deles aconteceu no sistema privado. O mesmo aconteceu na análise geral de mulheres com cesárea anterior, que incluiu mulheres com complicações obstétricas e mais cesáreas (Alvarenga et al., 2022), bem como na avaliação de mulheres com cesárea anterior elegíveis ao trabalho de parto após cesárea prévia (TOLAC), 79,4% foram submetidas à cirurgia, sendo 66,1% de maneira eletiva e no sistema privado a porcentagem foi de 95,3% (Nakamura et al., 2018).

A faixa etária mais prevalente na amostra foi a de 20-34 anos, mas a concentração maior de cesáreas estava na faixa de 35 anos ou mais, a concentração de cesáreas também esteve maior entre as mulheres das classes A e B que teve 15,9% dos partos vaginais e 40,3% das cesáreas. As classes econômicas estão correlacionadas com a cor e a escolaridade da mulher (do Carmo Leal, 2017; Matijasevich et al., 2019), e estudos nacionais anteriores já demonstraram que mulheres brancas e mais escolarizadas tendem a ter mais cesarianas de repetição (D'Orsi et al., 2003; Nakamura-Pereira et al., 2018).

O pré-natal inadequado apresentou grandes proporções tanto entre os partos vaginais (54,2%) quanto entre as cesáreas (39%). Domingues e colaboradores (2015), estudaram a adequação pré-natal e verificaram que, apesar de as mulheres mais vulneráveis socialmente apresentarem mais pré-natais inadequados, quando se ajusta pelas características maternas, não há diferença entre os serviços público e privado.

O VBAC reduziu em 86% as chances de *near miss* materno (OR=0,14, IC95% 0,02-0,81), achados que vão ao encontro aos de Guise e colaboradores (2010), eles identificaram que cesáreas de repetição estava relacionada a um aumento significativo no número de histerectomias no parto atual, bem como a presença de aderências. Ambas estão relacionadas ao aumento de complicações perioperatórias, levando a maior duração da cirurgia e possíveis complicações graves, a taxa de mortalidade materna foi maior entre as mulheres com cesariana repetida, 13,4 contra 3,8 por 100.00 nascidos vivos nas de parto vaginal, que apresentou, portanto, proteção, com um RR=0,33 (IC 95%: 0,13-0,88), com um recorte só de partos a termo o RR é parecido, 0,27 (IC 95%: 0,09-0,85).

Um estudo retrospectivo realizado em Gana com 1.247 partos comparou com cesáreas sem emergência e o trabalho de parto apresentou menores taxas de eventos adversos maternos,

que incluíram rotura uterina, transfusão sanguínea e histerectomia (OR=0,3 IC 95% 0,1-1,0; p=0,04), não houve registro de óbitos e diferença estatística em relação aos eventos perinatais e roturas uterinas (Crowther, 2012).

As taxas elevadas de cesariana aparecem como um dos fatores que colaboraram para a manutenção das taxas de mortalidade materna, são as altas taxas brasileiras que impediram que o país alcançasse o Objetivo 5 do Desenvolvimento do Milênio no âmbito da Saúde, promovidas pelas Nações Unidas, que determinaram metas para o ano de 2015 (Souza, 2015: United Nations, 2015). O Brasil deveria alcançar uma Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 35 óbitos/100 mil nascidos vivos, no entanto, o país ficou longe de atingir esse objetivo, reduzindo a RMM para 65 óbitos/100 mil nascidos vivos no período (United Nations, 2015). O pacto assinado pelo país era para reduzir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) para 35 óbitos/100 mil nascidos vivos, no entanto, a RMM foi de 65 óbitos/100 mil nascidos vivos naquele ano (United Nations, 2015).

Segundo os dados da pesquisa Nascer no Brasil, colhidos entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, com 23.894 mulheres atendidas pelos setores público, privado e misto, em todas as regiões do país, 51,9% dos nascimentos ocorreram por cesariana, 43,1% via vaginal com intervenções e apenas 5% vaginais sem qualquer intervenção. Destaca-se que a cesariana ocorreu em 45,5% das mulheres de risco habitual, ou seja, que não apresentaram complicações durante toda sua gestação (Leal et al., 2014). O National Institute of Health (NIH) nos Estados Unidos reconheceu a primeira cesárea como direcionadora importante para esse aumento e a prevenção da cesariana em nulíparas como uma ação importante (NIH, 2010). Entretanto, uma vez já realizada a cirurgia é fundamental que a escolha da via de parto para a gestação seguinte leve em consideração todas as possíveis complicações inerentes à uma cesárea de repetição.

Contrariando os estudos que apontam maiores complicações e neonatais na escolha do VBAC (Guise et al, 2010; Go et al., 2011; Boatin et al.,2017) o *near miss neonatal* (OR = 0,98, IC95% 0,83-1,15), bem como o *near miss* e óbito fetal e neonatal (OR = 1,02, IC95% 0,58-1,80), não apresentaram diferença estatisticamente significativa. No entanto, não podemos negar qualquer evidência existente com base nesses achados. É importante que os trabalhos de parto após cesárea sejam acompanhados com atenção de profissionais qualificados e atentos aos sinais clínicos relevantes para o acompanhamento dos casos.

As decisões em obstetrícia sempre devem trazer decisões pautadas no equilíbrio entre riscos e benefícios para o binômio materno-fetal, os riscos perinatais devem ser considerados, bem como os maternos. Algumas complicações são inerentes à uma gestação ou acontecem

espontaneamente. Entretanto, quando a primeira cesárea ocorre sem indicação clínica, essa dicotomia é imposta pelos prestadores do cuidado.

Um estudo considerou todos os partos com cesárea anterior do inquérito Nascir no Brasil identificou ainda que o maior número de cirurgias está relacionado à maior paridade total, atendimento pelo Sistema Único de Saúde, a raça/cor preta, escolaridade menor do que 7 anos, não ter companheiro, classe econômica C+D, ausência de pré-natal ou pré-natal inadequado e com emergências ou complicações na gestação. O que pode indicar falta de acesso aos serviços de planejamento familiar, uma das variáveis que compõe a falta de acesso aos serviços de saúde, bem como a outros direitos fundamentais, mais frequentes em camadas socioeconômicas mais vulneráveis. (Alvarenga, 2022).

Uma limitação do estudo é a avaliação secundária de dados coletados entre os anos de 2011 e 2012, quase 10 anos antes de sua análise. Entretanto, as taxas de cesariana durante essa década no Brasil pouco se alteraram e não se acredita que tenham ocorrido mudanças substanciais na atenção ao parto desse grupo de mulheres, Leal e colaboradores (2019) compararam os achados da rede pública do Nascir no Brasil com os estudos de avaliação da Rede Cegonha, programa do Ministério da Saúde e verificou que a taxa de cesariana não alterou, havendo uma substituição das cesáreas antes do trabalho de parto pelas cesáreas intraparto. A comparação da rede privada com o Parto Adequado apontou redução nas taxas de cesárea, que ainda assim permanecem altos.

É fundamental compreender que “quanto mais cesárea, pior será a cesárea” e no Brasil, e essa quantidade iatrogênica de intervenções está atingindo as mulheres que precisam de um cuidado mais equalitário. Estamos diante de um problema obstétrico e social.

Conclusão

Mesmo em um grupo de mulheres sem complicações obstétricas as taxas de cesariana de repetição foram altas, sobretudo na rede privada, nas classes econômicas mais altas e em mulheres com 35 e mais anos. Podemos concluir que o parto vaginal após uma cesariana se apresentou como um fator de proteção para complicações maternas, sem danos para a saúde neonatal, mostrando ser uma escolha segura para mulheres sem complicações obstétricas.

Conflito de interesses

Os autores declaram que não há conflito de interesse com os resultados do estudo.

Referências

- ABIPEME -Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Classificação Econômica Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2008.
- Alvarenga MB, Granado SO, Nakamura-Pereira M. Características sociodemográficas e obstétricas de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores no Inquérito Nascido no Brasil.
- Boatin AA, Adu-Bonsaffoh K, Wylie BJ, Obed SA. Evaluating Facility-Based Decision-Making in Women with a Prior Cesarean Delivery and Association with Maternal and Perinatal Outcomes. *Matern Child Health J.* setembro de 2017;21(9):1845–52.
- Cragin E. Conservatism in obstetrica. *New York Medical Journal.* 1916;104:1–3.
- Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS, on behalf of the Birth After Cesarean Study Group. Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Cesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial. Smith GC, organizador. *PLoS Med.* 13 de março de 2012;9(3):e1001192.
- d’Orsi E. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no Município do Rio de Janeiro [Tese]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2003.
- d’Orsi E, Chor D, Giffin K, Barbosa GP, Angulo-Tuesta AJ, Gama AS, et al. Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. *European Journal of Ob*
- Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery: *Obstetrics & Gynecology.* setembro de 2006;108(3, Part 1):541–8.
- Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascido no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* agosto de 2014;30(suppl 1):S169–81.
- Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d’Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública.* agosto de 2014;30(suppl 1):S101–16.
- Eggesbø M, Botten G, Stigum H, Nafstad P, Magnus P. Is delivery by cesarean section a risk factor for food allergy? *Journal of Allergy and Clinical Immunology.* agosto de 2003;112(2):420–6.
- Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharaux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle M-H, Leal M do C. Cesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. Leone T, organizador. *PLoS ONE.* 13 de abril de 2016;11(4):e0153396.
- Fahmy WM, Crispim CA, Cliffe S. Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic literature review. *Midwifery.* abril de 2018;59:88–93.
- Go MDA, Emeis C, Guise J-M, Schelonka RL. Fetal and Neonatal Morbidity and Mortality Following Delivery After Previous Cesarean. *Clinics in Perinatology.* junho de 2011;38(2):311–9.

- Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Rongwei RF, et al. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment, No. 191. *Obstet Gynecol.* 2010;115:1267–78.
- Huh SY, Rifas-Shiman SL, Zera CA, Edwards JWR, Oken E, Weiss ST, et al. Delivery by caesarean section and risk of obesity in preschool age children: a prospective cohort study. *Arch Dis Child.* julho de 2012;97(7):610–6.
- Kamilya G, Seal SL, Mukherji J, Bhattacharyya SK, Hazra A. Maternal mortality and cesarean delivery: An analytical observational study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research.* abril de 2010;36(2):248–53.
- Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *N Engl J Med.* 16 de dezembro de 2004;351(25):2581–9.
- Leal M do Carmo, da Silva AAM, Dias MAB, da Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health.* dezembro de 2012;9(1):15.
- Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública.* agosto de 2014;30(suppl 1):S17–32.
- Leal M do C, da Gama SGN, Pereira APE et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33(1): 1-
- Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev. saúde pública.* 27 de novembro de 2017;51:105.
- Matijasevich A, Victora CG, Silveira MF et al. Maternal reproductive history: trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *International Journal of Epidemiology*, 2019, Vol. 48, Supplement 1
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- Nakamura-Pereira M, Esteves-Pereira AP, Gama SGN, Leal M. Elective repeat cesarean delivery in women eligible for trial of labor in Brazil. *Int J Gynecol Obstet.* dezembro de 2018;143(3):351–9.
- National Institutes of Health (NIH). Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8–10, 2010. *Obstet Gynecol* 2010;115: 1279–95.
- Pearl, J. *Causality: models, reasoning and inference.* 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* junho de 2009;23(3):287–96.
- Sevelsted A, Stokholm J, Bønnelykke K, Bisgaard H. Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Pediatrics.* 1º de janeiro de 2015;135(1):e92–8.
- Silva, AAM. *Introdução à Inferência Causal em Epidemiologia: uma abordagem gráfica e contrafactual.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2021.

- Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries: *Obstetrics & Gynecology*. junho de 2006;107(6):1226–32.
- Souza JP, Gülmezoglu AM, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z; WHOMCS Research Group. The World Health Organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:286. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-286>
- Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* dezembro de 2015;37(12):549–51.
- Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)—a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2010.17 (1):5-19
- Textor, BVZ, Mark KG, Maciej L, George THE. Robust causal inference using directed acyclic graphs: the R package 'dagitty'. *International Journal of Epidemiology* 45(6):1887-1894, 2016.
- United Nations. Millennium Development Goal 8 Taking Stock of the Global Partnership for Development MDG Gap Task Force Report 2015 . [Internet]. New York; 2015 Disponível em: https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Gap_2015_E_web.pdf. Acesso 19 mai 2019.
- Wampach L, Heintz-Buschart A, Fritz JV, Ramiro-Garcia J, Habier J, Herold M, et al. Birth mode is associated with earliest strain-conferred gut microbiome functions and immunostimulatory potential. *Nat Commun.* dezembro de 2018;9(1):5091.
- Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni M, Gülmezoglu A, Betran A. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG: Int J Obstet Gy.* abril de 2016;123(5):745–53.

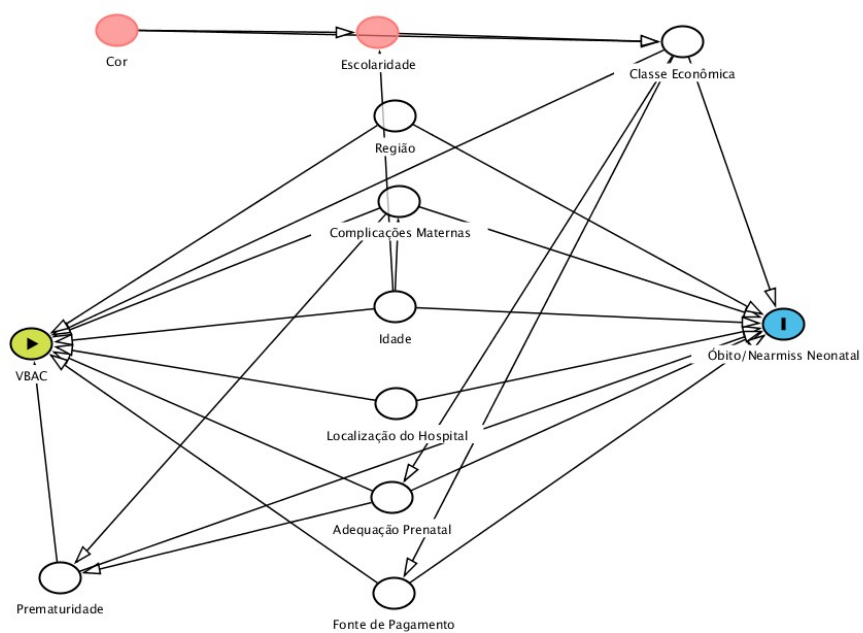
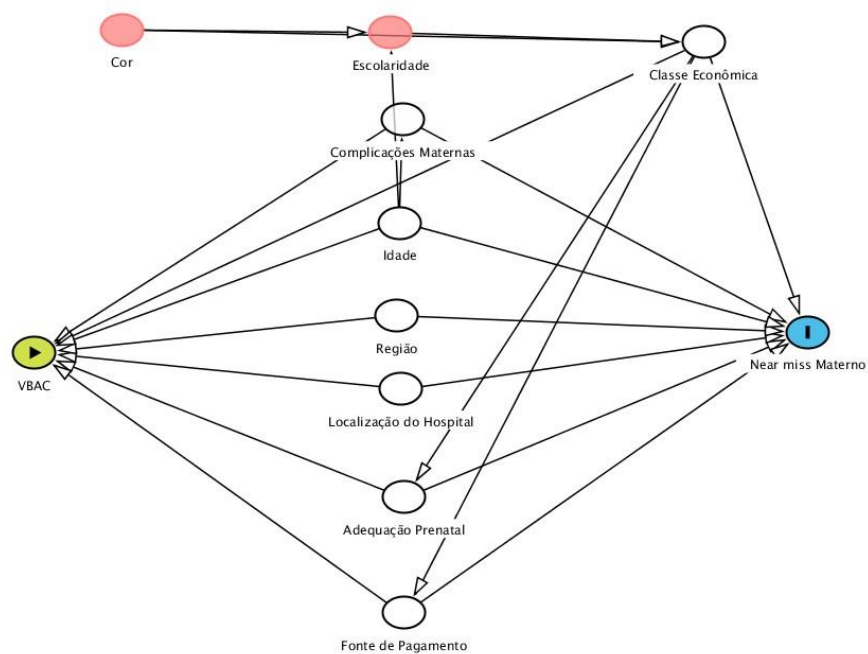
Figura 1- Gráfico Acíclico Direcionado – Relação entre VBAC e *near miss* maternoFigura 2- Gráfico Acíclico Direcionado – Relação entre VBAC e Óbito/ *near miss neonatal*

Figura 3- Fluxograma de mulheres de risco habitual com uma cesáreas do estudo Nascir no Brasil. Período: 2011 - 2012. Fonte: Inquérito Nascir no Brasil.

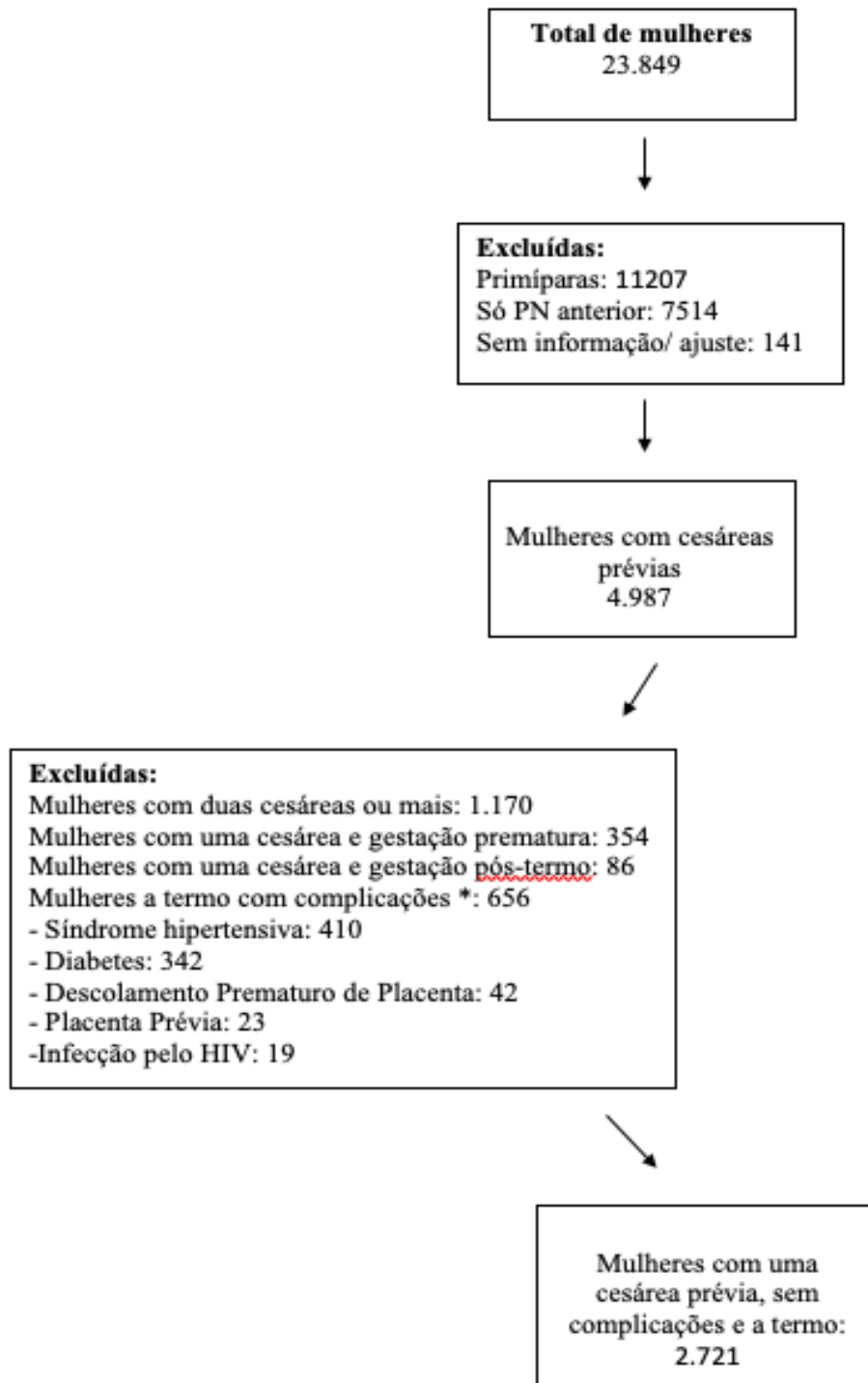


Tabela 1- Características de mulheres de risco habitual com uma cesárea anterior no Brasil, distribuição por tipo de parto na gestação atual. Período: 2011 – 2012.

Característica	N	%	%	%	P	Total
Variável	Parto Vaginal	%	Cesárea	%	P	Total
Tipo de parto						
Vaginal	546		20,6			
Cesárea	2175		79,4			
Nearmiss Materno	546	20,1	2175	79,9		2.721
Sim	1	0,2	12	0,6	0,17	13
Não	545	99,8	2163	99,4		2708
Nermiss Neonatal						
Sim	23	4,2	93	4,3	0,95	116
Não	487	89,2	1927	88,6		2414
Sem informação	36	6,6	155	7,1		191
Óbito fetal/neotatal						
Óbito fetal	2	0,4	0	0,0	0,07	2
Óbito neonatal	0	0,0	2	0,1		2
Não	544	99,6	2173	99,9		2717
Nearmiss Neonatal + Óbito						
Sim	25	4,6	95	4,4	0,9	120
Não	493	90,3	1928	88,6		2421
Sem informação	28	5,1	152	7,0		180
Fonte de Pagamento						
Misto	217	39,7	977	44,9		1194
Privado	11	2,0	667	30,7	<0,01	678
Público	318	58,2	531	24,4		849
Cidade						
Capital	224	41,0	707	32,5	0,06	931
Interior	322	59,0	1468	67,5		1790
Faixa etária						
12 a 19 anos	47	8,6	129	5,9		176
20 a 34 anos	451	82,6	1684	77,4	<0,01	2135
35 anos ou mais	48	8,8	362	16,6		410
Adequação Pré-natal						
Inadequado	296	54,2	849	39,0	<0,01	1145
Adequado	230	42,1	1279	58,8		1509
Sem informação	20	3,7	47	2,2		67
Classe Econômica						
A+B	87	15,9	877	40,3	<0,01	964
C	303	55,5	955	43,9		1258
D+E	152	27,8	330	15,2		482
Sem informação	4	0,7	13	0,6		17
Região						
Centro-Oeste	37	6,8	155	7,1	0,22	192
Nordeste	114	20,9	608	28,0		722
Norte	58	10,6	176	8,1		234
Sudeste	251	46,0	944	43,4		1195
Sul	86	15,8	292	13,4		378

Fonte: Inquérito Nascer no Brasil.

Tabela 2- Tabela de frequência. Desfechos de partos de mulheres de risco habitual com uma cesárea anterior no Brasil, distribuição pelas características sociodemográficas e obstétricas selecionadas. Período: fevereiro de 2011 a outubro de 2012.

Variável	Nearmiss Materno					Nearmiss + Óbito fetal/neonatal				
	Sim	%	Não	%	p	Sim	%	Não	%	p
Total	13		2708			120		2421		
Tipo de parto										
VBAC	1	7,7	545	20,1	0,17	25	20,8	487	20,1	0,95
Cesárea	12	92,3	2163	79,9		95	79,2	1927	79,9	
Fonte de Pagamento										
Misto	2	15,4	1193	44,1	<0,01	47	39,2	1048	43,3	0,77
Privado	0	0,0	677	25,0		32	26,7	626	25,9	
Público	11	84,6	838	30,9		41	34,2	747	30,9	
Cidade										
Capital	9	69,2	922	34,0	0,02	54	45,0	840	34,7	0,06
Interior	4	30,8	1786	66,0		66	55,0	1581	65,3	
Faixa etária										
12 a 19 anos	0	0,0	175	6,5	0,53	8	6,7	137	5,7	0,33
20 a 34 anos	12	92,3	2123	78,4		86	71,7	1918	79,2	
35 anos ou mais	1	7,7	410	15,1		26	21,7	366	15,1	
Adequação Pré-natal										
Inadequado	2	15,4	1143	42,2	0,32	46	38,3	1020	42,1	0,64
Adequado	11	84,6	1498	55,3		72	60,0	1344	55,5	
Sem informação	0	0,0	67	2,5		2	1,7	56	2,3	
Classe econômica										
A+B	3	23,1	961	35,5	0,67	44	36,7	885	36,6	0,77
C	5	38,5	1252	46,2		52	43,3	1123	46,4	
D+E	5	38,5	478	17,7		22	18,3	397	16,4	
Sem informação	0	0,0	17	0,6		2	1,7	16	0,7	
Região										
Centro-Oeste	0	0,0	193	7,1		10	8,3	176	7,3	0,46
Nordeste	6	46,2	714	26,4	0,67	24	20,0	631	26,1	
Norte	0	0,0	235	8,7		16	13,3	201	8,3	
Sudeste	6	46,2	1189	43,9		54	45,0	1079	44,6	
Sul	1	7,7	377	13,9		16	13,3	334	13,8	

Fonte: Inquérito Nascer no Brasil.

Tabela 3- Tabela de frequência. Distribuição de fatores que formaram o *Near miss neonatal* e *Near miss materno*. Período: 2011 - 2012.

<i>Near miss neonatal</i>				<i>Near miss materno</i>			
Variável	VBAC	Cesárea	p	Variável	VBAC	Cesárea	p
Apgar 5 min <7	4	8	0,21	FR < 40 ipm < 60 ipm	0	4	0,61
CPAP	4	28	0,05	Oligúria	0	4	0,61
Intubação orotraqueal	4	10	0,05	pH < 7,1	0	1	0,62
Antibiótico	0	0		Uso de droga vasoativa	0	1	0,62
Ventilação mecânica	1	7	0,1	Histerectomia	0	1	0,62
Massagem Cardíaca	0	7	0,02	Transfusão >= 5 unidades	1	0	0,62

Hipertensão Pulmonar	0	4	0,04	Perda de consciência *	0	1	0,62
Drogas em reanimação	0	8	0,01				
Convulsão	0	5	0,12				
Surfactante	22	2	<0,01				
Hipoglicemia	19	38	0,65				

Fonte: Inquérito Nascido no Brasil

* Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina.

Tabela 4- Razão de chances dos desfechos de partos de mulheres de risco habitual com uma cesárea anterior no Brasil, controlado por: faixa etária, fonte de pagamento, localização do hospital, adequação pré-natal, classe econômica e região. Período: 2011 - 2012.

Desfecho	OR Bruta*	IC	OR	IC
Near miss materno	0,31	0,05-1,81	0,14	0,02-0,81
Near miss+Obito neonatal	1,00	0,59-1,70	1,02	0,58-1,80
Near miss neonatal	0,94	0,55-1,65	0,98	0,83-1,15

Fonte: Inquérito Nascido no Brasil

* Modelo de regressão logística sem o controle pelas variáveis de confundimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do estudo puderam trazer à luz, com ineditismo, a compreensão necessária sobre o cenário dos partos de mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores no Brasil. Verificou-se que do total de 23.894 mulheres incluídas no inquérito Nascer no Brasil 20,9% tinham cesárea anterior, a maior parte delas foi submetida a uma cesárea de repetição antes mesmo de entrar em trabalho de parto. A taxa de partos vaginais após cesariana foi de 14,9%, uma taxa de sucesso de 60,8% das mulheres que entraram em trabalho de parto.

O maior número de cesáreas anteriores demonstrou associação com maior vulnerabilidade social, mulheres pretas, com menor escolaridade, das classes econômicas D e E, atendidas pelo sistema público de saúde, sem companheiros e com mais de 35 anos foram mais frequentes entre as com três cesáreas ou mais.

As chances de VBAC foram maiores entre mulheres decididas pelo parto vaginal até o fim da gestação, com parto vaginal anterior, indução de parto, admissão hospitalar de 4 ou mais centímetros de dilatação cervical e sem companheiro. A presença de duas cesáreas reduziu a chance em 75% e três e mais em 82% com relação a uma cesárea, atendimento privado, complicações obstétricas e decisão por cesariana também diminuíram as chances de VBAC. A faixa etária, escolaridade, adequação do pré-natal e razão da cesárea anterior não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Quando os desfechos foram avaliados de acordo com o tipo de parto em mulheres consideradas de risco habitual, controlando os efeitos exercidos pelo nível socioeconômico, qualidade do pré-natal, tipo e localização do hospital e financiamento do parto, o VBAC apresentou proteção de 86% nas complicações graves, ou *near miss* materno, não houve diferença significativa em relação ao *near miss* fetal/neonatal ou óbito feta. Não tiveram casos de óbito materno ou roturas uterinas registradas

Conclui-se que o VBAC é escolha segura, que diminui as chances de complicações maternas sem aumento de risco para a saúde fetal e neonatal. Entretanto, é baixa a proporção de VBAC no Brasil e tanto aspectos obstétricos quanto sociodemográficos influenciam na decisão pela via de parto. São necessárias ações de estímulo ao VBAC, visando reduzir taxas globais de cesarianas e suas consequências para a saúde materno-infantil, assim como devem ser estimulados mais estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ACOG American College of Obstetricians and Gynecologist. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery Practice Bulletin No 115. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;(2 Part 1):450–63.
- ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologist. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*. fevereiro de 2019;133(2):e110–27.
- Ahmadzia H, Denny K, Bathgate S, Macri C, Quinlan SC, Gimovsky AC. Outcomes of women age 40 or more undergoing repeat cesarean or trial of labor after cesarean. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 17 de novembro de 2021;34(22):3750–5.
- Almeida CAL de, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Saúde Pública*. fevereiro de 2009;43(1):98–104.
- Batista Filho M, Rissin A. WHO and the epidemic of cesarians. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. março de 2018;18(1):3–4.
- Betrán AP, Wojdyla D, Posner SF, Gülmezoglu AM. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. *BMC Public Health*. dezembro de 2005;5(1):131.
- Bishop EH. Pelvic Scoring for Elective Induction. *Obstetrics & Gynecology*. 1964;24(2):266–8.
- Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller A-B, et al. Born Too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reprod Health*. novembro de 2013;10(S1):S2.
- Boatin AA, Adu-Bonsaffoh K, Wylie BJ, Obed SA. Evaluating Facility-Based Decision-Making in Women with a Prior Cesarean Delivery and Association with Maternal and Perinatal Outcomes. *Matern Child Health J*. setembro de 2017;21(9):1845–52.
- Brasil M da S. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. 1985;15.
- Brasil M da S, organizador. Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher: PNDS 2006, dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde : Centro Brasileiro de Análise e Planejamento; 2009.
- Brasil M da S. Mortalidade materna no Brasil, 2009-2019 [Internet]. 2021. Report No.: Volume 52 , No 29. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Garantindo Saúde nos Municípios. 3a ed. Brasília, DF; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em : https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. CAPÍTULO 4 – PARTO VAGINAL COM CESARIANA PRÉVIA. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. [Internet]. 2018a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>.

Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna [Internet]. 2018b. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>

do Carmo Leal M, da Silva AAM, Dias MAB, da Gama SGN, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. dezembro de 2012;9(1):15.

Carvalho L. Eu não quero outra cesárea: ideologia, relações de poder e empoderamento feminino. 1º ed. São Paulo: Lexema; 2015.

Castanheira MN, Richa HS, Neto ARB. Análise da evolução da Cirurgia Cesareana no estado do Rio de Janeiro. 2017;8(1):37–8.

Chazan LK. "Meio Quilo de Gente": um estudo antropológico sobre ultra-som obstétrico. Editora Fiocruz; 2007.

Cragin E. Conservatism in obstetrica. *New York Medical Journal*. 1916;104:1–3.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Princípios bioéticos. A Autonomia, Não-Maleficência, Beneficência, Justiça e Equidade [Internet]. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PublicacoesConteudoSumario&id=53>

Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS, on behalf of the Birth After Caesarean Study Group. Planned Vaginal Birth or Elective Repeat Caesarean: Patient Preference Restricted Cohort with Nested Randomised Trial. Smith GC, organizador. *PLoS Med*. 13 de março de 2012;9(3):e1001192.

DATASUS. Nascim p/resid.mãe segundo Ano do nascimento Período: 1994-2016 [Internet]. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

DATASUS. Nascim p/resid.mãe por Tipo de parto segundo Região/Unidade da Federação Período: 2020 [Internet]. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 02 abr 2021.

Delnord M, Zeitlin J. Epidemiology of late preterm and early term births – An international perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. fevereiro de 2019;24(1):3–10.

Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery: *Obstetrics & Gynecology*. setembro de 2006;108(3, Part 1):541–8.

Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M. Factors associated with cesarean delivery during labor in primiparous women assisted in the Brazilian Public Health System: data from a National Survey. *Reprod Health*. outubro de 2016;13(S3):114.

Dias MAB, Domingues RMSM, Schilithz AOC, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. agosto de 2014;30(suppl 1):S169–81.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. saúde coletiva*. setembro de 2005;10(3):627–37.

Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *J. Hum. Growth Dev*. 1º de agosto de 2009;19(2):313.

Diniz SG, Chacham AS. “The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*. janeiro de 2004;12(23):100–10.

Diniz SG, Duarte AC. Parto Vaginal ou Cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo: Editora UNESP; 2004.

Diniz SG, Salgado HDO, Aguiar Andrezzo HF de, Cardin de Carvalho PG, Albuquerque Carvalho PC, Azevedo Aguiar C, et al. ABUSE AND DISRESPECT IN CHILDBIRTH CARE AS A PUBLIC HEALTH ISSUE IN BRAZIL: ORIGINS, DEFINITIONS, IMPACTS ON MATERNAL HEALTH, AND PROPOSALS FOR ITS PREVENTION. *J. Hum. Growth Dev*. 25 de outubro de 2015;25(3):377.

Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise J-M, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, organizador. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 10 de dezembro de 2013 [citado 25 de dezembro de 2021]; Disponível em: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004224.pub3>

- Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*. agosto de 2014;30(suppl 1):S101–16.
- Eggesbø M, Botten G, Stigum H, Nafstad P, Magnus P. Is delivery by cesarean section a risk factor for food allergy? *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. agosto de 2003;112(2):420–6.
- Engle WA. Morbidity and Mortality in Late Preterm and Early Term Newborns: A Continuum. *Clinics in Perinatology*. setembro de 2011;38(3):493–516.
- Enkin MW. The need for evidence-based obstetrics. *Evid Based Med*. 1º de agosto de 1996;1(5):132.
- Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharoux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle M-H, Leal M do C. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. Leone T, organizador. *PLoS ONE*. 13 de abril de 2016;11(4):e0153396.
- Fahmy WM, Crispim CA, Cliffe S. Association between maternal death and cesarean section in Latin America: A systematic literature review. *Midwifery*. abril de 2018;59:88–93.
- Fitzpatrick K, Kurinczuk J, Quigley M. Planned mode of birth after previous caesarean section and special educational needs in childhood: a population-based record linkage cohort study. *BJOG*. dezembro de 2021;128(13):2158–68.
- Fonseca SC, Coutinho E da SF. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(suppl 1):S7–19.
- Foucault M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1980.
- França EB, Lansky S, Rego MAS, Malta DC, França JS, Teixeira R, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev. bras. epidemiol.* maio de 2017;20(suppl 1):46–60.
- Friedman EA. The graphic analysis of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. dezembro de 1954;68(6):1568–75.
- Friedman EA. Graphic Analysis of Labor. *Bulletin of the American College of Nurse-Midwifery*. setembro de 1959;4(3–4):94–105.
- da Gama SGN da, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, et al. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health*. outubro de 2016;13(S3):123.
- Gama SGN da, Viellas EF, Schilithz AOC, Filha MMT, Carvalho ML de, Gomes KRO, et al. Fatores associados à cesariana entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*. agosto de 2014;30(suppl 1):S117–27.

Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(suppl):S103–12.

Go MDA, Emeis C, Guise J-M, Schelonka RL. Fetal and Neonatal Morbidity and Mortality Following Delivery After Previous Cesarean. *Clinics in Perinatology*. junho de 2011;38(2):311–9.

Grasim T, Al Jama FE. Multiple repeat cesarean sections: operative difficulties, maternal complications and outcome. *The Journal of Reproductive Medicine*. 2013;58(7–8):312–8.

Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Rongwei RF, et al. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment, No. 191. *Obstet Gynecol*. 2010;115:1267–78.

Huh SY, Rifas-Shiman SL, Zera CA, Edwards JWR, Oken E, Weiss ST, et al. Delivery by caesarean section and risk of obesity in preschool age children: a prospective cohort study. *Arch Dis Child*. julho de 2012;97(7):610–6.

Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, organizador. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 8 de fevereiro de 2017 [citado 19 de dezembro de 2021];2017(2). Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000081.pub3>

Kamilya G, Seal SL, Mukherji J, Bhattacharyya SK, Hazra A. Maternal mortality and cesarean delivery: An analytical observational study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. abril de 2010;36(2):248–53.

Kurtz Landy C, Sword W, Kathnelson JC, McDonald S, Biringer A, Heaman M, et al. Factors obstetricians, family physicians and midwives consider when counselling women about a trial of labour after caesarean and planned repeat caesarean: a qualitative descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*. dezembro de 2020;20(1):367.

Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *N Engl J Med*. 16 de dezembro de 2004;351(25):2581–9.

Leal M do C. Desafio do milênio: a mortalidade materna no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. agosto de 2008;24(8):1724–1724.

Leal M do C, Bittencourt S de A, Esteves-Pereira AP, Ayres BV da S, Silva LBRA de A, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(7):e00223018.

Leal M do C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RMSM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. outubro de 2016;13(S3):127.

Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*. agosto de 2014;30(suppl 1):S17–32.

Leal M do C, Szwarcwald CL. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil (1979-1993): análise por causa segundo grupo de idade e região de residência. *Cad. Saúde Pública*. junho de 1996;12(2):243–52.

Little MO, Lyerly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, Harris LH, Kukla R, et al. Mode of Delivery: Toward Responsible Inclusion of Patient Preferences. *Obstetrics & Gynecology*. outubro de 2008;112(4):913–8.

Lundgren I, Begley C, Gross MM, Bondas T. ‘Groping through the fog’: a metasynthesis of women’s experiences on VBAC (Vaginal birth after Caesarean section). *BMC Pregnancy Childbirth*. dezembro de 2012;12(1):85.

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*. 5 de julho de 2001;345(1):3–8.

Machado R. *A Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

Maia M. *Humanização do parto. Política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

Maroyi R, Naomi B, Moureau MK, Marceline BS, Ingersoll C, Nerville R, et al. Factors Associated with Successful Vaginal Birth After a Primary Cesarean Section in Women with an Optimal Inter-Delivery Interval. *IJWH*. outubro de 2021;Volume 13:903–9.

Martel M-J, MacKinnon CJ. No. 155-Guidelines for Vaginal Birth After Previous Cesarean Birth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. março de 2018;40(3):e195–207.

Martins-Costa S, Ramos JGL. A questão das cesarianas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. outubro de 2005 [citado 19 de dezembro de 2021];27(10). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005001000001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev. saúde pública*. 27 de novembro de 2017;51:105.

McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a Trial of Labor with an Elective Second Cesarean Section. *N Engl J Med*. 5 de setembro de 1996;335(10):689–95.

Menacker F. Trends in Cesarean Birth and Vaginal Birth After Previous Cesarean, 1991–99. *Natl Vital Stat Rep*. 2001;49:1–16.

Menezes AMB, Barros FC, Victora CG, Alves C, Rocha C, Albernaz E, et al. Mortalidade perinatal em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad. Saúde Pública*. 1996;12(suppl 1):S33–41.

Mi Y, Qu P, Guo N, Bai R, Gao J, Ma Z, et al. Evaluation of factors that predict the success rate of trial of labor after the cesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. dezembro de 2021;21(1):527.

Miller JM. First successful cesarean section in the British empire. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. janeiro de 1992;166(1):269.

Montenegro CAB, Braga A, de Rezende Filho J. Operação Cesariana. *Rezende Obstetrícia*. 13º ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. p. 1548–600.

Mott, Maria Lúcia. Assistência ao Parto do Domicílio ao Hospital (1830-1960). [Internet]. *Corpo e Cultura*; 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10588/7878>

Mouta RJO, Progianti JM. Estratégias de luta das enfermeiras da Maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de assistência ao parto. *Texto contexto - enferm*. dezembro de 2009;18(4):731–40.

Nakamura-Pereira M, Esteves-Pereira AP, Gama SGN, Leal M. Elective repeat cesarean delivery in women eligible for trial of labor in Brazil. *Int J Gynecol Obstet*. dezembro de 2018;143(3):351–9.

Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. A normalização da cesárea como modo de nascer: cultura material do parto em maternidades privadas no Sudeste do Brasil. *Physis*. setembro de 2015;25(3):885–904.

Nascer no Brasil, Leal M do C, Gama SG. Sumário Executivo Temático da Pesquisa [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz; 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>

NIH. National Institutes of Health. Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8–10. *Obstet Gynecol*. 2010;115:1279–95.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Décima Revisão (CID-10). 8a ed. São Paulo: EDUSP; 2000.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. [Internet]. 2015. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/pt/

OMS. Organização Mundial da Saúde. Robson Classification. Implementation Manual [Internet]. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259512/9789241513197-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em 14 Dez 2021

d’Orsi E. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no Município do Rio de Janeiro [Tese]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2003.

d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Barbosa GP, Angulo-Tuesta AJ, Gama AS, et al. Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. agosto de 2001;97(2):152–7.

Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública*. fevereiro de 2011;45(1):185–94.

Pereira AL de F, Moura MAV. Hegemonia e contra-hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. *Rev. esc. enferm. USP*. dezembro de 2009;43(4):872–9.

Pirjani R, Afrakhteh M, Sepidarkish M, Nariman S, Shirazi M, Moini A, et al. 'Elective caesarean section at 38–39 weeks gestation compared to > 39 weeks on neonatal outcomes: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. dezembro de 2018;18(1):140.

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(suppl 1):759–68.

RCOG. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline No. 45. 2009 [Internet]. 2009 [citado 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg45%>

Rezende JM de. *À sombra do Plátano: crônicas de história da medicina* [Internet]. Editora Fap-Unifesp; 2009 [citado 19 de dezembro de 2021]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8kf92>

Riscado L. Os sentidos da cesariana entre usuárias do setor privado e público de saúde: convivência de estratégias biopolíticas no “fazer nascer”. [Rio de Janeiro]: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2016.

Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. fevereiro de 2001;15(1):179–94.

Rodrigues ARM, Cavalcante AES, Barbosa A. Mortalidade materna no Brasil entre 2006-2017: análise temporal. 2019;7.

Rotem R, Sela HY, Hirsch A, Samueloff A, Grisaru-Granovsky S, Rottenstreich M. The use of a strict protocol in the trial of labor following two previous cesarean deliveries: Maternal and neonatal results. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. setembro de 2020;252:387–92.

Sabol B, Denman MA, Guise J-M. Vaginal Birth After Cesarean: An Effective Method to Reduce Cesarean. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. junho de 2015;58(2):309–19.

Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. junho de 2009;23(3):287–96.

Sevelsted A, Stokholm J, Bønnelykke K, Bisgaard H. Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. *Pediatrics*. 1º de janeiro de 2015;135(1):e92–8.

Sewel E. Cesarean Section - A Brief History. US National Library of Medicine [Internet]. US National Library of Medicine; 1993. Disponível em: <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html>

Shapiro-Mendoza CK, Lackritz EM. Epidemiology of late and moderate preterm birth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. junho de 2012;17(3):120–5.

Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries: *Obstetrics & Gynecology*. junho de 2006;107(6):1226–32.

Snyers D, Lefebvre C, Viellevoye R, Rigo V. La prématurité tardive : des nourrissons fragiles malgré les apparences [Late preterm : high risk newborns despite appearances]. *Rev Med Liege*. 2020;75(2):105–10.

Souza JP. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* dezembro de 2013;35(12):533–5.

Souza JP. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016-2030). *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* dezembro de 2015;37(12):549–51.

Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto D de L, Souza Junior PRB de, Victora CG. Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad. Saúde Pública*. agosto de 2014;30(suppl 1):S71–83.

Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections: Success rate & adverse outcomes of vaginal birth after two caesarean sections. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. janeiro de 2010;117(1):5–19.

United Nations. Taking stock of the global partnership for development. MDG Gap Task Force Report 2015 [Internet]. New York; 2015. Disponível em: https://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Gap_2015_E_web.pdf

Vasconcellos MTL de, Silva PL do N, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB de, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad. Saúde Pública*. agosto de 2014;30(suppl 1):S49–58.

Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

Vieira Júnior I. Torto Arado. 1 ed. São Palo: Todavia; 2019.

Wampach L, Heintz-Buschart A, Fritz JV, Ramiro-Garcia J, Habier J, Herold M, et al. Birth mode is associated with earliest strain-conferred gut microbiome functions and immunostimulatory potential. *Nat Commun*. dezembro de 2018;9(1):5091.

WHO- World Health Organization. Appropriate Technology For Birth. *The Lancet*. 1985;326(8452):436–7.

WHO- World Health Organization. Perinatal mortality. A listing of available information [Internet]. 1996. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60977>

WHO- World Health Organization. Global Health Observatory data repository. Births by caesarean section. Data by country. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.BIRTHSBYCAESAREAN?lang=en>.

WHO- World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: [Internet]. 2011. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241502221/en/>

Williams JE, Pugh Y. The Late Preterm. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. dezembro de 2018;30(4):431–43.

Wolf JH. Risk and Reputation: Obstetricians, Cesareans, and Consent. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1º de janeiro de 2018;73(1):7–28.

World Health Organization. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and well-being. [Internet]. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>

Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni M, Gülmezoglu A, Betran A. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG: Int J Obstet Gy*. abril de 2016;123(5):745–53.

Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*. dezembro de 2010;116(6):1281–7.