

**JACINTA PEREIRA MATIAS**

---

**O SEGUNDO PARTO EM MULHERES COM UM  
ÚNICO PARTO ANTERIOR POR CESÁREA EM  
UMA MATERNIDADE-ESCOLA:  
ANÁLISE NO PERÍODO DE 1986 A 1998**

---

**Dissertação de Mestrado**

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARY ANGELA PARPINELLI**

**UNICAMP  
2002**

**JACINTA PEREIRA MATIAS**

---

**O SEGUNDO PARTO EM MULHERES COM UM  
ÚNICO PARTO ANTERIOR POR CESÁREA EM  
UMA MATERNIDADE-ESCOLA:  
ANÁLISE NO PERÍODO DE 1986 A 1998**

---

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências  
Médicas da Universidade Estadual de  
Campinas para obtenção do Título de  
Mestre em Tocoginecologia, área de  
Tocoginecologia

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARY ANGELA PARPINELLI**

**UNICAMP  
2002**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

M427s                      Matias, Jacinta Pereira  
                                  O segundo parto em mulheres com um único parto anterior por cesárea em uma maternidade-escola: análise no período de 1986 a 1998 / Jacinta Pereira Matias. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

                                  Orientador : Mary Ângela Parpinelli  
                                  Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

                                  1. Cesariana. 2. Parto Normal. 3. Trabalho de parto – complicações e seqüelas. 4. Mães - Mortalidade. 5. Mortalidade Perinatal. I. Mary Ângela Parpinelli. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

## **BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Aluna: JACINTA PEREIRA MATIAS**

---

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. MARY ANGELA PARPINELLI**

---

### **Membros:**

**1.**

**2.**

**3.**

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade  
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 12/07/2002**

*Dedico este trabalho a ...*

*... Isabel e André, meus filhos,  
com todo o meu amor.*

*... Horácio e Aliete, meus pais,  
maiores amigos e incentivadores.*

*... José Horácio e João Carlos, meus irmãos,  
pelo carinho e apoio.*

# Agradecimentos

---

*Meus sinceros agradecimentos para:*

*Profa. Dra. Mary Angela Parpinelli, mestra e orientadora, pela oportunidade de concretizar este projeto, pela sua orientação e, acima de tudo, pelo incentivo.*

*Edson Zangiacomi Martinez, estatístico, pela colaboração fundamental na organização e elaboração do estudo.*

*Aos docentes do Departamento de Tocoginecologia/FCM/UNICAMP, que me ensinaram a trilhar este caminho com seriedade e dedicação, desde o quinto ano de faculdade. Em especial a:*

*Prof. Dr. Renato Passini Júnior – um dos meus exemplos de professor e médico pela competência e sobriedade – pela preciosa colaboração no Exame de Qualificação deste estudo.*

*Profa. Dra. Helaine Maria Besteti Pires Milanez – querida colega de turma de graduação e Residência Médica, cuja amizade e carinho têm sido permanentes e muito me honram – pelas valiosas observações na Banca de Qualificação deste estudo.*

*Prof. Dr. José Guilherme Cecatti, pela orientação precisa e simples em relação aos meus projetos – antes do início do curso de Pós-Graduação – e em várias fases deste estudo, incluindo a Qualificação.*

*Klésio Divino Palhares, pela elaboração dos "slides".*

*Equipe da ASTEC, em especial: Sueli Chaves, pelo auxílio nas referências bibliográficas; Maria do Rosário G.R. Zullo, pela editoração; Cylene Camargo, pela revisão do português.*

*"Quem conhece os outros é inteligente.  
Quem conhece a si mesmo é iluminado.  
Quem vence os outros é forte.  
Quem vence a si mesmo é invencível."*

(Tao Te King)

# Sumário

---

Símbolos, Siglas e Abreviaturas	
Lista de Tabelas e Ilustrações	
Resumo	
Summary	
1. Introdução	15
2. Objetivos	28
2.1. Objetivo geral	28
2.2. Objetivos específicos	28
3. Sujeitos e Métodos	30
3.1. Desenho do estudo	30
3.2. Tamanho amostral	30
3.3. Seleção dos sujeitos	30
3.3.1. Critérios de inclusão	31
3.3.2. Critérios de exclusão	31
3.4. Variáveis	31
3.4.1. Variáveis independentes	31
3.4.2. Variáveis dependentes	32
3.4.3. Variáveis de controle	33
3.5. Instrumento para coleta de dados	39
3.6. Coleta de dados	39
3.7. Processamento e análise dos dados	39
3.8. Aspectos éticos	40
4. Resultados	41
4.1. Identificação da população	41
4.2. Resultados da análise comparativa entre os grupos CESAREA ELETIVA e PTP	43
4.3. Principal indicação de cesárea	48
4.4. Fatores associados à forma de término do parto após PTP	50
4.4.1. Variáveis demográficas	50
4.4.2. Antecedentes Obstétricos	51
4.4.3. Variáveis da gestação atual	52
4.4.4. Variáveis relacionadas ao trabalho de parto	53
5. Discussão	54
6. Conclusões	72
7. Referências Bibliográficas	74
8. Bibliografia de Normatizações	86
9. Anexos	87
9.1. Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética	87
9.2. Anexo 2 - Ficha Obstétrica	89
9.3. Anexo 3- Tabelas	93

# Símbolos, Siglas e Abreviaturas

---

<b>AU</b>	Altura uterina
<b>BCF</b>	Batimentos cardíacos fetais
<b>CAISM</b>	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
<b>DCP</b>	Desproporção céfalo-pélvica
<b>DPP</b>	Descolamento prematuro de placenta
<b>FCM</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>FO</b>	Ficha obstétrica
<b>IC</b>	Intervalo de confiança
<b>LA</b>	Líquido amniótico
<b>n</b>	Número de casos
<b>NS</b>	não significativo
<b>OF</b>	Óbito fetal
<b>p</b>	nível de significância estatística
<b>PG</b>	Prostaglandina
<b>PTP</b>	Prova de trabalho de parto
<b>PVAC</b>	Parto vaginal após cesárea
$\chi^2$	qui-quadrado
$\chi^2$ trend	qui-quadrado para tendência

<b>RP</b>	Razão de prevalência
<b>RPM</b>	Rotura prematura de membranas
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TP</b>	Trabalho de parto
<b>TRM</b>	Tempo de rotura de membranas até o parto
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas

# Lista de Tabelas e Ilustrações

---

<b>Figura 1.</b> Distribuição percentual da forma de término do parto segundo cesárea eletiva e PTP (PVAC e cesárea) no período de 1986 a 1998 .....	29
<b>Tabela 1.</b> Número anual de partos e distribuição percentual de casos elegíveis para o estudo, no período de 1986 a 1998 .....	28
<b>Tabela 2.</b> Distribuição percentual das mulheres de acordo com algumas variáveis demográficas, segundo cesárea eletiva e PTP .....	30
<b>Tabela 3.</b> Distribuição percentual das mulheres de acordo com alguns antecedentes obstétricos, segundo a realização ou não da PTP .....	31
<b>Tabela 4.</b> Distribuição percentual das mulheres de acordo com algumas variáveis da gestação atual, segundo a realização ou não da PTP .....	32
<b>Tabela 5.</b> Distribuição percentual das mulheres segundo a ocorrência de complicações puerperais imediatas, de acordo com a realização ou não da PTP .....	33
<b>Tabela 6.</b> Distribuição percentual das variáveis neonatais imediatas segundo a realização de cesárea eletiva ou PTP .....	34
<b>Tabela 7.</b> Distribuição percentual das indicações de cesárea eletiva .....	35
<b>Tabela 8.</b> Distribuição percentual das mulheres pela indicação da cesárea após PTP ....	35
<b>Tabela 9.</b> Distribuição percentual de algumas variáveis demográficas com razão de prevalência e IC 95% de acordo com a forma de término do parto após PTP .....	36
<b>Tabela 10.</b> Distribuição percentual de alguns antecedentes obstétricos com razão de prevalência e IC 95% segundo via de parto após PTP .....	37
<b>Tabela 11.</b> Distribuição percentual de algumas variáveis da gestação atual com razão de prevalência e IC 95% segundo via de parto após PTP .....	38
<b>Tabela 12.</b> Distribuição percentual de algumas variáveis do trabalho de parto com razão de prevalência e IC 95% segundo via de parto após PTP .....	39

# Resumo

---

Realizou-se um estudo de corte transversal, tipo séries temporais, com o objetivo de analisar alguns aspectos relativos à gestação e ao parto de primíparas com uma cesárea anterior, atendidas na Maternidade da Universidade Estadual de Campinas no período de 1986 a 1998. As variáveis de interesse para o estudo foram obtidas do Banco de Dados da Área de Obstetrícia e agrupadas em variáveis independentes, dependentes e de controle. Avaliaram-se as taxas anuais de cesárea eletiva, bem como as de parto vaginal e cesárea após prova de trabalho de parto. Houve um aumento progressivo nas taxas de parto vaginal após cesárea nas mulheres submetidas à prova de trabalho de parto, variando, de 37,3%, em 1986, para 67,5%, em 1998, sendo 58% de partos vaginais após cesáreas das mulheres submetidas à prova de trabalho de parto, no período. Houve correspondente redução nas taxas de cesárea eletiva de 22,6% para 5,0%, no mesmo período. Foram identificados dois grupos de mulheres de acordo com a evolução para cesárea eletiva ou para prova de trabalho de parto. Foram utilizados os testes qui-quadrado, qui-quadrado para tendência e exato de Fisher na análise das variáveis de controle e para avaliar as diferenças entre

as complicações maternas e resultados neonatais nesses grupos. A morbidade materna grave, avaliada pela presença de rotura uterina e histerectomia, foi menor que 2% e semelhante entre os grupos. Quanto aos resultados neonatais, não houve diferença significativa no índice de Apgar de primeiro e quinto minutos, mas, uma taxa significativamente maior de prematuros e de recém-nascidos com peso inferior a 2.500g ou superior a 4.000g no grupo submetido à cesárea eletiva. As principais indicações de cesárea eletiva foram o sofrimento fetal crônico, o antecedente de cesárea e o de síndrome hipertensiva e, para cesárea após a realização da prova de trabalho de parto, o sofrimento fetal agudo ou agudizado e a desproporção céfalo-pélvica. Para a identificação de possíveis fatores associados à resolução do parto por cesárea nas mulheres submetidas à prova de trabalho de parto foram calculadas as razões de prevalência e intervalo de confiança de 95% para cada fator isolado e também ajustado pela idade. Concluiu-se que o grupo de mulheres submetidas à cesárea eletiva era mais patológico, se comparado àquele da prova de trabalho de parto e que esta prova não conferiu maior morbidade materna ou neonatal. As variáveis que estiveram associadas à resolução por cesárea após prova de trabalho de parto foram relacionadas a fatores médicos e à indução do trabalho de parto.

# Summary

---

A cross sectional study, time series, was performed with the purpose of analysing some aspects related to gestation and delivery of women who had just one prior delivery through cesarean section and delivering at the Maternity Hospital of UNICAMP during the period from 1986 to 1998. The variables for the study were obtained at the database of Obstetric Unit of Maternity Hospital of UNICAMP and grouped into dependent, independent, and control variables. The annual rates of elective cesarean section as well as vaginal delivery and cesarean after a trial of labor were evaluated. In order to identify possible factors associated to the kind of delivery, the prevalence ratio and 95% CI for each isolated factor and also adjusted according to age were estimated. The Chi-square, Chi-square trend and Exact test of Fisher were used to analyse some control variables and to evaluate the differences between maternal complications and neonatal results. A progressive increase in the rates of vaginal delivery for the women submitted to a trial of labor was observed varying from 1986 to 1998, respectively, from 37,3% to 67,5%. A correspondent reduction in the elective cesarean section rates, from 22,6% to 5%, was observed for the same period.

The maternal serious morbidity evaluated by the occurrence of uterine rupture and hysterectomy was lower than 2% and was similar for both groups. Regarding neonatal results there were no significant differences in Apgar Score of the first and the fifth minutes, among the groups, but, there was a significantly higher rate of preterm and newborns who were small and large for gestational age in the group undergoing elective cesarean section. The main indications for elective cesarean section were chronic fetal distress, antecedent of cesarean and hypertension and, for cesarean after a trial of labor, the acute fetal distress followed by cephalo-pelvic disproportion.

# 1. Introdução

---

A cesárea é um dos procedimentos cirúrgicos mais executados e conhecidos na atualidade. Ao longo do tempo, sua realização levanta uma série de questões que se refletem sobre o futuro reprodutivo da mulher (NAHOUM, 1989).

Historicamente, na era antes de Cristo, a cesárea surgiu como um procedimento heróico para salvar a vida de fetos em casos de morte da mulher. A Lex Regia de Numa Pompilio, em 715 a.C., estabelecia que nessa situação o feto deveria ser retirado o mais rápido possível, no interesse de salvaguardar-lhe a vida. Após estes relatos, surgiu como procedimento realizado em mulheres vivas apenas no século XVI. Entretanto, os resultados materno-fetais mantiveram-se totalmente catastróficos devido à precariedade sob a qual a cirurgia era efetuada. Apenas em 1886, Sanger propôs que o procedimento fosse realizado sob rigorosa assepsia e que a incisão uterina fosse suturada (KATZ & CEFALO, 1988; FRANCOME et al., 1993).

<sup>1</sup>Krönig, em 1912, descreveu a incisão vertical no segmento uterino inferior para diminuir o contato dos fluidos uterinos com a cavidade peritonial.

---

<sup>1</sup> Krönig, 1912 apud REZENDE, J. – Obstetrícia. 5<sup>a</sup>. ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987. p.834.

<sup>2</sup>Kerr, em 1926, preconizou o uso de incisão uterina transversa baixa para a cesárea, com maior divulsão que secção das fibras musculares uterinas devido à disposição das mesmas na região do segmento e, por conseguinte, diminuindo o sangramento intra-operatório. Este procedimento técnico foi adotado pelos obstetras, gradativamente, a partir de então, e adaptado quanto aos seus pormenores, até se chegar ao procedimento cirúrgico atualmente praticado .

No decorrer do século XX, a cesárea popularizou-se devido ao importante declínio da morbi-mortalidade materna associada à sua execução. Isto coincidiu com o surgimento dos antibióticos, que melhoraram a qualidade da cicatriz uterina devido a menor incidência e gravidade das infecções no local. O desenvolvimento da Anestesiologia e a possibilidade de se tratar as complicações hemorrágicas com transfusões de sangue levaram a resultados cada vez melhores. Os índices desta cirurgia apresentaram, conseqüentemente, um rápido e progressivo crescimento mundial (NAHOUM, 1989).

Nos Estados Unidos da América, no início dos anos 70, com a acentuada redução da mortalidade materna e o desenvolvimento da ultra-sonografia e da cardiotocografia, o foco da atenção obstétrica voltou-se para o bem-estar fetal. Assim, houve um expressivo aumento da indicação de cesáreas e aumento conseqüente nas taxas, que passaram de 5% para 20,8%, entre 1970 e 1995, respectivamente (ACOG, 1998). Acredita-se também que as pressões médico-legais mais acentuadas, naquele país, nesse período, tiveram papel significativo sobre estas taxas, provocando diminuição dos partos transpélvicos e do uso do

---

<sup>2</sup> Kerr, 1926 apud REZENDE, J. – Obstetrícia. 5.ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987. p.834.

fórcipe, uma vez que complicações decorrentes destes últimos procedimentos correspondiam a grande parte dos processos contra obstetras (ACOG, 1998; McMAHON, 1998).

Até essa época, o antecedente de cesárea justificava sua repetição nos partos subseqüentes pois o dogma “uma vez cesárea, sempre cesárea” (CRAGIN, 1916), relacionado à incisão uterina clássica, ainda era aceito e considerado praticamente inquestionável. Extrapolando-se essa consideração, acreditava-se que a incisão uterina de qualquer tipo associava-se a um risco muito maior de rotura uterina, quando a gestante era exposta ao trabalho de parto (FLAMM, 1997).

Apesar da segurança proporcionada pelo procedimento, a cesárea não foi, isoladamente, o fator determinante da queda da morbi-mortalidade neonatal. A melhoria dos resultados neonatais e maternos teria se dado paralelamente à incorporação de tecnologia e avanço dos cuidados em Neonatologia, bem como à melhoria da atenção à saúde materna, mais importantes que a cesárea por si só (HIBBARD, 1976; SHEARER, 1993).

Isto pode ser evidenciado em muitos países, principalmente europeus, onde a morbidade neonatal decresceu e, no entanto, a taxa de cesáreas manteve-se em níveis permanentemente baixos. Na Irlanda, entre 1965 e 1980, analisando-se 108.987 partos, verificou-se que as taxas de cesárea foram de 4,2%, 4,2%, 4,1% e 4,8%, em 1965, 1970, 1975 e 1980, respectivamente, com taxas decrescentes de mortalidade perinatal de 42,1, 36,5, 24,0 e 16,8 por 1.000 nascidos vivos de 500g ou mais (O'DRISCOLL & FOLEY, 1983).

A cesárea indicada sem critério estabelece o paradoxo de, na tentativa de proteger a gestante e o feto das complicações potenciais do parto vaginal, expor os mesmos a riscos maiores como acidentes anestésicos, hemorragias, infecções puerperais, recém-nascidos prematuros ou deprimidos, período de aleitamento mais curto e até mesmo óbito neonatal (PETITTI, OLSON, WILLIAMS, 1979; FAÚNDES & CECATTI, 1993; MUYLDER, 1993).

Em um estudo ecológico que avaliou a incidência de cesárea e sua correlação com variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas aos cuidados com saúde, na América Latina, o Brasil encontra-se entre os países com maior índice de cesáreas, quando comparado a outros 18 países (BELIZAN et al., 1999).

No Brasil, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1967, a taxa de cesáreas elevou-se rapidamente. Considera-se que este aumento deva-se à sujeição das ações de saúde, incluindo o parto, à lógica de mercado, sem qualquer controle externo, sendo a cesárea, inclusive, melhor remunerada que o parto vaginal, nessa época (GENTILE DE MELLO, 1969).

Em 1980, como uma das primeiras tentativas de se deter o crescimento vertiginoso das taxas de cesárea no país, houve a equiparação do pagamento da cesárea com o do parto vaginal. No entanto, nos anos posteriores, não foi constatado nenhum reflexo desta medida sobre o padrão de crescimento das taxas nacionais de cesárea (MORAES & GOLDENBERG, 2001).

YAZLLE ROCH, ORTIZ, FUNG, (1986) analisando a incidência de cesáreas em Ribeirão Preto, São Paulo, de 1978 a 1981, também concluíram que não houve mudança após a modificação da forma de pagamento do parto, pela Previdência Social, igualando a remuneração do parto vaginal e da cesárea através da MPAS/SSM-116, de 13 de dezembro de 1979. Foram analisados hospitais com maior ou menor predomínio de mulheres previdenciárias, tendo como parâmetros um hospital de pagantes e outro de não pagantes (hospital universitário). O índice de cesáreas manteve-se alto e com tendência à elevação nos anos do estudo, em todos os estabelecimentos, exceto no hospital universitário.

Revisando este assunto, em 1997, GENTILE, NORONHA FILHO, CUNHA, ao estudar nove maternidades no Rio de Janeiro, nos anos de 1968 e 1993, concluíram que a forma de remuneração não determinava isoladamente a elevada prevalência de cesáreas, havendo outros fatores influenciando este fenômeno.

Estas observações sugerem que a assistência ao parto, como o trabalho médico em geral, determina-se socialmente, não sendo uma prática exclusivamente técnica. A prática indiscriminada da cesárea no Brasil correlaciona-se a múltiplos fatores. O enfoque na aparente inocuidade do procedimento inicia-se na formação médica e prossegue na atuação profissional (CECATTI, BESTETI PIRES, GOLDENBERG, 1999).

Por outro lado, a maior valorização da cesárea entre as mulheres, principalmente entre aquelas pertencentes a grupos sociais de maior poder aquisitivo, confere à cesárea a característica de bem de consumo (PIRES,

CECATTI, FAÚNDES, 1999). Já no grupo de mulheres pertencentes às classes sociais menos favorecidas, a cesárea freqüentemente associa-se à realização de laqueadura tubária como único recurso confiável e seguro de anticoncepção (FAUNDES & CECATTI, 1993; OSIS et al., 1999). Dentro deste contexto, impõe-se a intervenção em várias frentes (CECATTI et al., 1999).

No Brasil, já em meados da década de 80, a prevalência nacional de cesáreas era de 30% a 34% de todos os partos (BARROS et al., 1991; FAUNDES & CECATTI, 1993), muito superior ao nível de 15% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1985).

A situação era comparada a uma verdadeira epidemia e, para o ano 2000, a projeção era de taxas nacionais superiores a 70% (BARROS et al., 1991). No entanto, observou-se uma tendência de estabilização em 34% para 1993-1994 e 32,1% para 1994-1995, segundo dados do DATASUS (SILVER, 1996). Nos anos seguintes, para os partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), observaram-se taxas decrescentes de 32,45 (1995), 32,25 (1996), 31,97 (1997), 28,44 (1998), 24,89 (1999) e 23,93 (2000) DATASUS (BRASIL, 2001).

Acredita-se que essa mudança tenha se devido muito mais ao que vinha sendo falado, nessa época, pelos grupos ligados à assistência à mulher, uma vez que nenhuma medida oficial de impacto havia sido implementada, até então (CECATTI et al., 1999)

Foi apenas em maio de 1998 a publicação em âmbito nacional da primeira portaria do Ministério da Saúde, MS/GM 2.816, que determinou, para fins de

pagamento, percentual máximo de cesarianas em relação ao total de partos por hospital, no Sistema SUS. De certa forma, instituiu-se o controle e estabeleceu-se um limite, ainda que artificial, sobre as taxas de cesárea (BRASIL, 1998).

Ainda para o Brasil, os fatores que se associam à indicação de cesárea parecem fugir de critérios estritamente clínicos, tais como o sofrimento fetal e as distócias. Na cidade de Uberaba, Minas Gerais, na avaliação de 4.294 puérperas, em sete maternidades, observou-se que a frequência de cesariana elevou-se com o tipo de assistência médica, sendo que o grupo de conveniadas e particulares ficou com o maior número delas (FABRI & MURTA, 1999). Em Ribeirão Preto, São Paulo, YAZLLE et al. (2001), avaliando 86.120 partos ocorridos entre 1986 e 1995, também observaram um gradiente crescente na incidência de cesárea à medida que se elevou o padrão social das gestantes, não havendo correspondência com o risco obstétrico.

A indicação de laqueadura tubária durante as cesáreas de repetição é muito freqüente no Brasil (FAÚNDES & CECATTI, 1993). Este fato tem sido implicado como um fator importante de controle da fecundidade em mulheres (PIRES, 2000). Além disso, a ambigüidade legal da ligadura de trompas, sancionada só recentemente como método anticoncepcional (BRASIL, 1997), tem sido vista também como um fator relevante no que concerne às altas taxas de cesárea no país. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, 59% das mulheres esterilizadas tinham sido laqueadas por ocasião de uma cesárea, muitas das quais, certamente, foram executadas com o fim exclusivo de realizar a laqueadura (HARDY et al., 1993; BEMFAM/MACRO, 1997)

O antecedente de uma cesárea constitui, também neste país, um importante fator para a sua repetição. MARQUES, ARAKAKI, BELFORT (1989), estudando 2.679 partos em uma maternidade-escola, na cidade do Rio de Janeiro, dos quais 633 (23,6%) foram por cesárea, observaram que este antecedente foi responsável pela repetição do procedimento em 121 (19,1%) casos, constituindo-se na terceira principal indicação de cesárea, naquele serviço.

No início da década de 80, com o grande número de mulheres com antecedente de uma cesárea engravidando novamente, verificou-se um aumento no número de partos vaginais após uma cesárea (FLAMM et al., 1988). Esta tendência foi observada também no Brasil. MATHIAS et al. (1982), obtiveram parto vaginal em 59,8% de 164 secundigestas com uma cesárea anterior, atendidas na maternidade da Faculdade de Medicina de Jundiaí, em São Paulo.

Com isso, o aumento da experiência com o parto vaginal após cesárea mostrou que a atividade uterina é segura em gestações posteriores a uma cesárea. Nas duas últimas décadas, a baixa morbi-mortalidade materna e neonatal relacionadas à realização da prova de trabalho de parto neste grupo de mulheres continuaram sendo demonstradas (McMAHON, 1998).

FLAMM et al. (1994), enfatizaram a segurança e eficácia desta abordagem em um grande estudo multicêntrico, analisando 7.229 pacientes com cesárea prévia, das quais 5.022 (70%) tiveram uma prova de trabalho de parto e 2.207 cesárea eletiva. Evoluíram para parto vaginal 3.746 mulheres (75%) das que optaram pela prova de trabalho de parto. A taxa de rotura uterina foi menor que

1% e nenhuma morte materna foi verificada. Observou-se, inclusive, que o tempo de internação, a frequência de transfusão sangüínea pós-parto e a incidência de febre foram significativamente maiores no grupo de cesárea eletiva.

Contudo não há consenso e, de certa forma, nem a cesárea eletiva nem a prova de trabalho de parto são isentas de risco.

McMAHON et al. (1996) estudaram 6.138 mulheres com cesárea prévia, em New Scotia, Canadá, no período de 1986 a 1992. A prova de trabalho de parto foi realizada em 3.249 mulheres e 2.889 escolheram ser submetidas à cesárea. As complicações maternas foram duas vezes mais freqüentes no grupo submetido à prova de trabalho de parto em relação àquele da cesárea eletiva. A morbidade perinatal foi semelhante nos dois grupos.

Entretanto, a taxa de sucesso do parto vaginal após cesárea permitiu que, cada vez mais, uma prova de trabalho de parto fosse pelo menos tentada neste grupo de mulheres (MAUAD, 1987; SANDMIRE & DeMOTT, 1996; CALLAHAN, CHESCHEIR, STEINER, 1999; PIRES et al., 1999). CECATTI et al. (2000) observaram taxa de sucesso de 57% estudando 356 mulheres com uma cesárea anterior, atendidas na maternidade-escola da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), de janeiro de 1993 a janeiro de 1996.

ROSEN, DICKINSON, WESTHOFF (1991) conduziram uma metanálise que incluiu 31 estudos, com o total de 11.417 provas de trabalho de parto, avaliando a associação entre o nascimento após uma cesárea e a morbimortalidade materna e neonatal. A morbidade febril materna foi significativamente

mais baixa depois de uma prova de trabalho de parto do que depois de uma cesárea eletiva e nenhuma diferença foi observada nas taxas de deiscência ou rotura uterina, quando comparados os dois grupos.

MOZURKEWICH & HUTTON (2000), em metanálise no período de 1989 a 1999, que incluiu 15 estudos controlados, realizados em países desenvolvidos, com o total de 47.682 mulheres com cesárea prévia, compararam nos dois grupos a frequência de rotura uterina, histerectomia, morbidade febril materna, mortalidade materna, Apgar de 5 minutos menor que 7 e mortalidade fetal ou neonatal. Concluíram que a rotura uterina é cerca de duas vezes mais frequente entre as mulheres submetidas à prova de trabalho de parto (OR =2,10) do que à cesárea eletiva, porém o risco absoluto permanece baixo (26 casos por 16.134 pacientes). O mesmo ocorre em relação à mortalidade fetal e neonatal (OR=1,71), quando comparada à cesárea eletiva. A prova de trabalho de parto, porém, associou-se a uma redução da ocorrência de febre e da necessidade de transfusão ou histerectomia.

Com o aumento do número de mulheres com cesárea anterior submetidas à prova de trabalho de parto, surgiram evidências de que existem fatores ou condições que podem ser interpretados como preditores de sucesso ou falha dessa prova. JAKOBI et al. (1993), avaliaram 261 pacientes com uma cesárea anterior, em Haifa, Israel, encontrando seis fatores significativos para o prognóstico favorável da prova de trabalho de parto, sendo os dois principais para o sucesso os antecedentes de apresentação pélvica como indicação da cesárea anterior e parto vaginal após a cesárea anterior. WEINSTEIN et al. (1996), também em

Israel, estudando 471 mulheres com uma cesárea anterior, atendidas entre 1981 e 1990, identificaram como variáveis de alto valor preditivo positivo o parto vaginal após a cesárea anterior, a indicação da mesma por hipertensão induzida pela gravidez ou por distócia de apresentação, bem como índice de Bishop maior ou igual a 4, na atual gestação.

Em contrapartida, PICKHARDT et al. (1992) não encontraram critérios ou evidências que, associadas, apontassem para a possibilidade de predizer o resultado da prova, analisando 312 mulheres que foram atendidas na Universidade do Mississippi, em 1989, todas submetidas a uma prova de trabalho de parto. Foram obtidas 19 variáveis ou fatores para cada paciente de cada grupo - prova de trabalho de parto bem sucedida ou sem sucesso. Foram identificados dez fatores, individualmente relacionados de forma significativa à forma de resolução do parto. Porém, a combinação de dois ou mais fatores para predição do resultado foi feita e concluiu-se que nenhum grupo ótimo de critérios clínicos poderia ser aplicado.

No Brasil, PIRES et al., (1999) estudando 1.352 secundigestas com uma cesárea anterior, em Campinas (SP), concluíram que fatores socioeconômicos, tais como renda familiar inferior a cinco salários-mínimos e seguro-saúde pelo SUS, foram os principais determinantes da realização da prova de trabalho de parto nestas mulheres. Mais recentemente, CUNHA et al. (2002), identificaram 12 fatores anteparto relacionados à ocorrência de cesariana, construindo um modelo preditivo.

Por outro lado, MILLER, DIAZ, PAUL (1994) avaliaram 164.815 partos, dos quais 17.322 (10,5%) foram de mulheres com pelo menos uma cesárea anterior, em Los Angeles, Califórnia, no período de 1983 a 1992. A prova de trabalho de parto foi realizada em 80% das mulheres com uma cesárea anterior, em 54% das que tinham duas e 30% das mulheres com três ou mais cesáreas. A taxa de sucesso foi significativamente mais alta com uma cesárea anterior (83%) do que com duas ou mais (75,3%). A complicação mais temida, que é a rotura uterina, foi três vezes mais comum com duas ou mais cesáreas prévias do que com uma única cesárea anterior. A prova de trabalho de parto, comparada à rotina de repetição de cesárea, proporcionou uma taxa de cesáreas 6,4% mais baixa. As mulheres com uma única cesárea anterior foram responsáveis por 5,5% deste total. Os autores concluíram que uma redução substancial da taxa de cesáreas pode ser obtida com o estímulo para que mulheres com uma única cesárea anterior se submetam a uma prova de trabalho de parto.

No Brasil, CALDERON et al. (2002), chegaram a conclusão semelhante ao analisar retrospectivamente 438 gestantes com uma cesárea anterior, submetidas ou não à prova de trabalho de parto, em uma maternidade-escola, em Botucatu, São Paulo, obtendo 59,2% de partos vaginais. Os resultados mostraram que se trata de estratégia segura, sendo um recurso que deve ser estimulado.

As taxas globais de cesárea praticadas no Brasil, embora decrescentes nos serviços públicos, na última década, permanecem em patamar muito elevado, quando comparadas às cifras e quotas estabelecidas internacionalmente (WHO, 1985). Parece pertinente supor que o estímulo à realização da prova de trabalho

de parto em mulheres com antecedente de apenas uma cesárea, enfatizando-se a relativa segurança do procedimento, possa contribuir para a diminuição do número de cesáreas desnecessárias neste país.

No que diz respeito a este estudo, embora represente a estatística de um Serviço de Obstetrícia, por se tratar de uma maternidade-escola, as características da população analisada refletem alguns aspectos relevantes da população brasileira como um todo, tais como a baixa renda familiar e a ausência de convênio médico privado. O fato de ser um serviço público comprometido com o ensino médico pressupõe que a indicação do parto cirúrgico obedeça a critérios eminentemente científicos.

O antecedente de uma cesárea tem sido considerado como fator relevante de nova cesárea, justificado pela maior morbidade materna. Novos estudos são necessários para que sejam verificados não apenas os fatores que se associam à via de parto em mulheres com o antecedente de uma única cesárea, mas também os índices de complicações possíveis ao se submeter essas mulheres a uma prova de trabalho de parto. A compreensão dessas características pode aperfeiçoar a abordagem deste grupo de mulheres e, conseqüentemente, contribuir para a diminuição da taxa de cesáreas e da morbi-mortalidade materna e fetal a ela associada.

## 2. Objetivos

---

### 2.1. Objetivo geral

Analisar fatores associados e a via de parto em primíparas com uma cesárea prévia, atendidas no seu segundo parto na Maternidade da UNICAMP, no período de 1986 a 1998.

### 2.2. Objetivos específicos

1. Avaliar a taxa de cesárea eletiva e a taxa de sucesso de parto vaginal após cesárea (PVAC) neste grupo de mulheres, ao longo do período.
2. Comparar os aspectos demográficos, alguns antecedentes obstétricos e variáveis da gestação atual, segundo a evolução para cesárea eletiva ou prova de trabalho de parto (PTP).
3. Comparar as complicações maternas no pós-parto imediato entre os dois grupos.

4. Comparar os resultados neonatais imediatos entre os dois grupos.
5. Identificar as principais indicações de cesárea nos dois grupos.
6. Identificar fatores que se associaram ao término do parto por cesárea após PTP.

## **3. Sujeitos e Métodos**

---

### **3.1. Desenho do estudo**

Estudo tipo corte transversal, em séries temporais, em um grupo de gestantes com um único parto anterior por cesárea.

### **3.2. Tamanho amostral**

A análise foi baseada na população total de gestantes com um único parto anterior, por cesárea, e que tiveram o segundo parto na Maternidade da UNICAMP e, portanto, não foi necessário o cálculo de tamanho amostral.

### **3.3. Seleção dos sujeitos**

A casuística foi obtida a partir das fichas obstétricas (FO) – (Anexo 1), pré-codificadas, preenchidas sistematicamente após a realização de cada parto no Centro Obstétrico. Essas FO foram posteriormente corrigidas, digitadas, consistidas por um programa específico e armazenadas em um Banco de

Dados. A partir desse Banco de Dados foram selecionadas as FO de mulheres com um único parto anterior por cesárea, realizado em qualquer serviço médico, e cujo segundo parto foi assistido na Maternidade da UNICAMP.

### **3.3.1. Critérios de inclusão**

Foram incluídas no estudo as mulheres que tiveram um único parto anterior (código 01 na variável 25), por cesárea (código 1 na variável 20), independentemente do número de gestações (qualquer número na variável 21).

### **3.3.2. Critérios de exclusão**

Foram excluídas as mulheres cujas FO não continham informações sobre o tipo de parto anterior (código 01 na variável 25 com ausência de código na variável 20) ou do atual (código y na variável 60), gestação múltipla e os recém-nascidos identificados como portadores de malformações incompatíveis com a vida.

## **3.4. Variáveis**

### **3.4.1. Variáveis independentes**

- Via do segundo parto (Variável 60) – considerada para a forma de ultimate do parto. Divididas em dois grupos:
  - Cesárea (códigos 8, 9 e 0): parto por via abdominal, independente do tipo de incisão uterina, com ou sem uso de fórceps e/ou vácuo.

- Vaginal (códigos 1, 2, 3, 4, 5, 6, e 7): parto por via vaginal, com ou sem uso de fórcepe e/ou vácuo.
  
- Prova de Trabalho de Parto (Variável 59) - tentativa de parto vaginal caracterizada pela presença de contrações uterinas progressivas, rítmicas e freqüentes, espontâneas ou induzidas (MCMAHON, 1998). Categorizada em:
  - Presente (códigos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8 e 0)
  - Ausente ou Cesárea eletiva\* (código 3)
  
- Cesárea programada na ausência de TP (SABATINO, 1988).

#### **3.4.2. Variáveis dependentes**

- Operações complementares maiores (variável 72): definida para procedimentos cirúrgicos realizados no intraparto. Categorizadas em:
  - ausentes (código 1)
  - referentes a complicações do parto (códigos 4, 5, 6, 7, 8, 0)
  
- Apgar ao primeiro minuto de vida (variável 14 B): vitalidade do recém-nascido segundo o índice de Apgar (APGAR, 1953), no primeiro minuto de vida, categorizada em:
  - menor que 7
  - maior ou igual a 7

- Apgar ao quinto minuto de vida (variável 16 B): vitalidade do recém-nascido segundo o índice de Apgar (APGAR, 1953), no quinto minuto de vida, categorizada em:
  - menor que 7
  - maior ou igual a 7

### **3.4.3. Variáveis de controle**

- Idade da mulher (variável 8): descrita em anos completos, no dia da internação para o segundo parto. Variável contínua categorizada em:
  - Até 19 anos
  - 19 a 35 anos
  - mais de 35 anos
- Estado marital (variável 10): descrita para a condição da mulher no momento da internação. Categorizada em:
  - com companheiro (códigos 2,3)
  - sem companheiro (códigos 1, 4 e 5)
- Último parto (variável 14): definida para o intervalo, em meses, transcorrido entre o último parto e o dia da internação. Categorizada em:
  - menor que 24
  - 24 a 60
  - maior que 60

- Vitalidade do primeiro filho (variáveis 16 e 18): considerada para as possibilidades:
  - filho vivo: variável 16 = 01 ( ou maior que 1 se variável 19=1)
  - filho morto: variável 16 = 00 e 24=1 (idem)
  - natimorto: variável 18 = 01 (idem)
- Antecedente de aborto (variável 23): definida para perda gestacional até 22 semanas. Categorizada em:
  - sim: para qualquer número descrito, diferente de zero
  - não: para o número zero
- Antecedentes mórbidos (variável 29): descrita para a história de morbidade clínica e/ou cirúrgica progressa . Categorizada em:
  - não: para o código 1
  - sim: para os demais códigos
- Antecedentes obstétricos (variável 30): descrita para a história de morbidade progressa relacionada ou desencadeada pela gestação anterior. Foi categorizada em:
  - não: para o código 1
  - sim para os demais códigos
- Escolaridade (variável 32): descrita para o número de anos escolares completos, no dia da internação. Categorizada em:
  - Zero a 4 anos (códigos de 1 a 3)
  - 5 a 9 anos (códigos 4, 5, 6)
  - 10 ou mais ( códigos 7 e 8)

- Número de consultas de pré-natal (variável 33): definida para o número de vezes que a mulher foi atendida no serviço de pré-natal. Codificada em:
  - nenhuma, descrita como zero
  - 1 a 5, numericamente descrita
  - maior que cinco, numericamente descrita até o número 8
  - ignorado, quando descrito número 9
  
- Altura da mulher (variável 37): descrita para a estatura, em metros, no momento da internação. Será categorizada segundo a medida que caracteriza maior risco perinatal (SCHWARCZ et al., 1996) em:
  - menor que 1,45m
  - 1,45m ou mais
  
- Altura uterina (variável 46): medida uterina tomada em centímetros a partir do bordo superior da sínfise púbica até o fundo uterino, no momento da internação. Variável contínua categorizada segundo curva de adequação de altura uterina para estimativa de peso ao nascimento, por idade gestacional (BARINI, 1989):
  - Menos de 31cm
  - De 31cm a 39cm
  - Mais de 39cm
  
- Rotura prematura de membranas (variável 50): definida pela descrição de rotura da bolsa amniótica antes do início do trabalho de parto. Foram consideradas:
  - sim (código 1)
  - não ( os demais códigos)

- Estado do líquido ovular (variável 51): aspecto do líquido ovular observado quando da rotura da bolsa amniótica. Foi considerado:
  - claro (código 1)
  - não claro (códigos 2, 3,4,5,6,7,8, 9 e 0)
  
- Quantidade do líquido ovular (variável 52): volume de líquido amniótico observado quando da rotura da bolsa amniótica ou por ecografia. Foi considerada:
  - normal (código 1)
  - alterada (código 2 ou 3)
  
- BCF (variável 53): descrita para o número de batimentos cardíacos fetais por minuto, observado durante a evolução do trabalho de parto. Foram considerados:
  - normal ( código 1),
  - alterado (códigos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 0)
  - óbito fetal (código 9)
  
- Analgesia no período de dilatação (variável 55): considerada para a realização de algum tipo de analgesia durante o período de dilatação. Foram admitidas as opções:
  - sim (códigos 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 0)
  - não ( código 1)

- Forma de início de parto (variável 59): forma como se iniciou o período de dilatação do trabalho de parto:
  - espontânea (código 1)
  - induzida (códigos 2, 4, 5, 6, 7, 8, 0)
  - cesárea eletiva (código 3)
  
- Apresentação fetal (variável 61): região fetal em relação com o estreito superior da bacia materna na internação para parto. Foram aceitas as opções:
  - cefálica (códigos de 1 a 4)
  - pélvica (códigos de 5 a 7)
  - outro tipo de apresentação fetal (códigos 8 ,9, 0)
  
- Tempo de rotura de membranas até o parto (variável 65): intervalo de tempo, em horas, transcorrido do momento da rotura da bolsa amniótica até o parto. Variável contínua categorizada em:
  - até 24h (códigos 1, 2, 3, 4 e 5)
  - 24h ou mais (códigos 6, 7 e 8)
  - parto com membranas íntegras ou fora do serviço (códigos 9 e 0)
  
- Peso do recém-nascido (variável 10 B): peso em gramas do recém-nascido no momento do nascimento. Variável contínua categorizada em:
  - Menor que 2.500g
  - 2.500g a 3.999g
  - Maior ou igual a 4.000g

- Idade gestacional clínica (variável 20 B): maturidade somática do recém-nascido segundo o índice de Capurro (CAPURRO et al., 1978), categorizada em:
  - menor que 37 semanas
  - maior ou igual a 37 semanas
  
- Principal indicação de cesárea (variável 67): diagnóstico que levou à indicação de resolução do parto por cesárea. Foram consideradas:
  - sofrimento fetal (código 02)
  - desproporção céfalo-pélvica (código 03)
  - condilomatose (código 04)
  - apresentação pélvica ou córmica (código 05)
  - outras distócias de apresentação (código 06)
  - placenta prévia (código 07)
  - gravidez prolongada (código 08)
  - infecção ovular (código 09)
  - sensibilização Rh (código 10)
  - Síndrome hipertensiva (código 11)
  - antecedente de cesárea (código 12)
  - acidente de cordão (código 13)
  - primípara tardia (código 14)
  - antecedente de infertilidade/esterilidade (código 15)
  - diabetes ( código 16)
  - distócia de partes moles (código 17)
  - descolamento prematuro de placenta (código 18)
  - outras (código 20)

### **3.5. Instrumento para coleta de dados**

Os dados de interesse para o estudo foram recuperados diretamente do Banco de Dados do Setor de Obstetrícia do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da UNICAMP, não tendo sido, portanto, necessário que fosse elaborado um outro instrumento específico para a sua coleta.

### **3.6. Coleta de dados**

A partir do Banco de Dados da Área de Obstetrícia, foram identificadas as fichas obstétricas das mulheres que cumpriam os critérios do estudo, ou seja, código 1 na variável 20 (uma cesárea anterior), qualquer número como código na variável 21 (total de gestações) e código 01 na variável 25 (total de partos).

### **3.7. Processamento e análise dos dados**

Foram preparadas freqüências de todas as variáveis estudadas, solucionando possíveis inconsistências. Foi calculada a porcentagem de cada uma das formas de resolução do parto, ano a ano. Foram identificados dois grupos que diferiram segundo a realização de cesárea eletiva ou PTP e calculadas as diferenças para todas as variáveis de controle pelos testes qui-quadrado, qui-quadrado para tendência e exato de Fisher. Foram identificados os fatores maternos e fetais que se correlacionaram com a via de resolução do parto após PTP, através do cálculo da razão de prevalência e IC 95% e da razão de prevalência ajustada pela

idade (SKOV et al., 1998). Para todos os procedimentos, incluindo os estatísticos, foram utilizados os programas EPI-INFO version 6.04 b (1997) e SPSS-PC+.

### **3.8. Aspectos éticos**

O estudo foi realizado analisando-se informações selecionadas a partir do Banco de Dados, sem a identificação da mulher ou o número do seu registro hospitalar. A confidencialidade das informações das mulheres cujos dados foram utilizados foi mantida, portanto, através da não recuperação do seu registro hospitalar. Foram seguidos os princípios da Declaração de Helsinque e da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

## 4. Resultados

---

Os resultados serão apresentados em quatro capítulos, sendo o primeiro a identificação da população e a evolução anual da forma de término do parto. No segundo capítulo será apresentada a análise comparativa das características demográficas e clínicas da população estudada, as complicações maternas no puerpério imediato e os resultados neonatais entre dois grupos (cesárea eletiva e prova de trabalho de parto). No terceiro será apresentada a descrição das principais indicações de cesárea para os dois grupos, ou seja, cesárea eletiva e cesárea após PTP. No quarto capítulo serão apresentados os fatores que se associaram à realização de cesárea após PTP.

### 4.1. Identificação da população

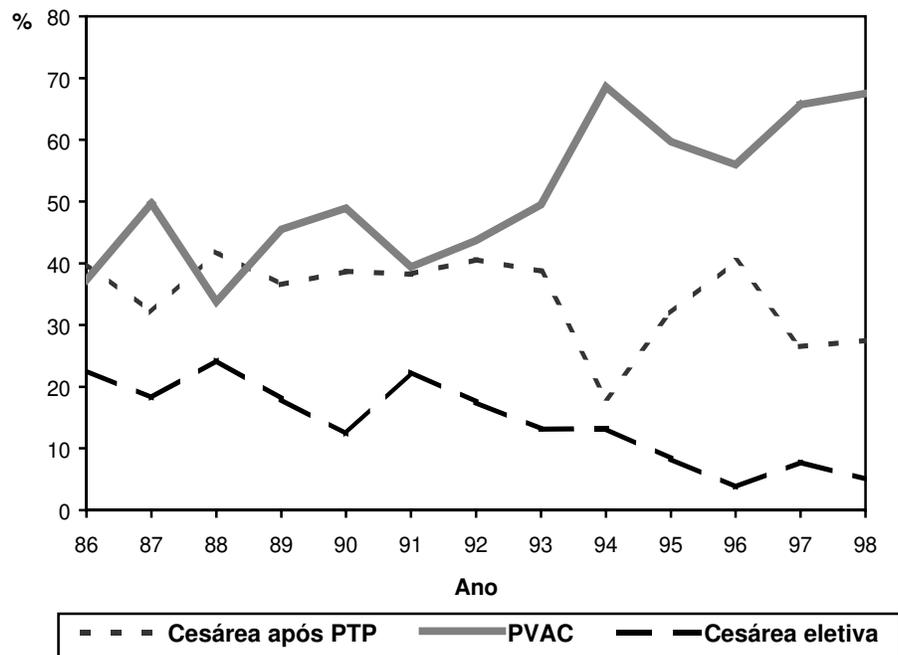
O número total de mulheres admitidas para parto, no período, foi de 29.077 e a população elegível para o estudo correspondeu a 2.068 mulheres, cujas fichas obstétricas preencheram os critérios de inclusão. A porcentagem

média de casos elegíveis foi de 7,11% com variação entre 5,64% e 8,25% entre 1986 e 1998 (TABELA 1).

**TABELA 1**  
**Número anual de partos e distribuição percentual de casos elegíveis para o estudo, no período de 1986 a 1998**

Anos	Partos n	Casos elegíveis	
		n	%
1986	1.832	115	6,28
1987	3.017	203	6,73
1988	2.200	148	6,73
1989	2.516	178	7,07
1990	2.547	178	6,99
1991	3.078	254	8,25
1992	3.442	240	7,12
1993	2.954	228	7,72
1994	1.770	121	6,84
1995	1.276	72	5,64
1996	1.339	109	8,14
1997	1.544	102	6,61
1998	1.562	120	7,68
<b>Total</b>	<b>29.077</b>	<b>2.068</b>	<b>7,11</b>

A Figura 1 mostra uma tendência gradual de queda no percentual de cesárea eletiva com correspondente aumento da PTP. Houve aumento progressivo na porcentagem de parto vaginal bem como redução de cesárea após PTP, ao longo do período estudado. A tabela correspondente encontra-se no Anexo 3 (Tabela 13).



**Figura 1.** Distribuição percentual da forma de término do parto segundo cesárea eletiva e PTP (PVAC e cesárea) no período de 1986 a 1998

#### 4.2. Resultados da análise comparativa entre os grupos CESAREA ELETIVA e PTP

Dentre as variáveis demográficas estudadas apenas a idade apresentou distribuição diferente entre os grupos. Houve duas vezes mais mulheres com idade maior que 35 anos no grupo de cesárea eletiva, e o percentual de adolescentes foi quase duas vezes maior no grupo de PTP, sendo que estas diferenças foram estatisticamente significativas (TABELA 2).

**TABELA 2**

**Distribuição percentual das mulheres de acordo com algumas variáveis demográficas, segundo cesárea eletiva e PTP**

VARIÁVEIS	CESÁREA ELETIVA		PTP		p
	n	%	n	%	
<b>Idade (anos)*</b>					< 0,00001
≤ 19	28	8,8	266	15,4	
20 a 35	256	80,2	1.363	79,1	
> 35	35	11,0	93	5,4	
<b>Estatura (cm)*</b>					0,9
< 145	11	3,9	63	4,0	
≥ 145	273	96,1	1.505	96,0	
<b>Estado marital*</b>					0,1
Sem companheiro	35	11,0	244	14,2	
Com companheiro	283	89,0	1.476	85,8	
<b>Escolaridade (anos)*</b>					0,9
0 a 4	106	40,1	594	39,9	
5 a 9	121	45,8	673	45,2	
10 ou mais	37	14,0	221	14,8	

\*excluídos ignorados

Houve um percentual significativamente maior de mulheres com aborto anterior, filho morto e antecedente obstétrico positivo no grupo de cesárea eletiva. A síndrome hipertensiva foi o principal antecedente obstétrico em ambos os grupos, com distribuição percentual duas vezes maior naquele que evoluiu para cesárea eletiva (ANEXO 3 – Tabela 14). Embora não tenha havido diferença significativa na distribuição percentual dos antecedentes mórbidos, a síndrome hipertensiva e o diabetes estiveram mais presentes no grupo de cesárea eletiva (ANEXO 3 – Tabela 15). Não houve diferença para os demais antecedentes bem como para o intervalo interpartal e a realização ou não de pré-natal (TABELA 3).

**TABELA 3**

**Distribuição percentual das mulheres de acordo com alguns antecedentes obstétricos, segundo a realização ou não da PTP**

VARIÁVEIS	CESÁREA ELETIVA		PTP		p
	n	%	n	%	
<b>Aborto*</b>					<b>&lt;0,04</b>
Sim	78	24,2	335	19,3	
Não	244	75,8	1.401	80,7	
<b>Natimorto*</b>					<b>0,8</b>
Sim	8	2,5	37	2,1	
Não	312	97,5	1.682	97,9	
<b>Antecedentes mórbidos*</b>					<b>0,3</b>
Sim	126	42,8	653	37,8	
Não	183	59,2	1.047	62,2	
<b>Antecedentes obstétricos*</b>					<b>&lt;0,000007</b>
Sim	129	42,0	481	29,1	
Não	178	58,0	1.170	70,9	
<b>Filho vivo atual*</b>					<b>&lt;0,004</b>
Sim	295	91,9	1.661	95,6	
Não	26	8,1	76	4,4	
<b>Intervalo interpartal (meses)**</b>					<b>0,2</b>
≤ 24	86	30,0	535	32,6	
24-60	134	46,8	791	48,2	
>60	66	23,1	313	19,1	
<b>Consultas PN***</b>					<b>0,3</b>
0	12	4,1	59	3,7	
1-5	79	27,1	496	31,2	
>5	201	68,8	1.036	65,1	

\*excluídos ignorados

\*\* $\chi^2$  TREND = 2,07

\*\*\* $\chi^2$  TREND = 0,87

Na TABELA 4 destacam-se algumas variáveis relacionadas à gestação atual e, dentre estas, as mulheres com altura uterina (AU), tanto menor que 31cm quanto maior que 39cm e, também, as com apresentação fetal não

cefálica tiveram cerca de duas vezes mais cesárea eletiva que PTP. O mesmo foi observado para a alteração de líquido amniótico, possivelmente representativa de comprometimento na vitalidade fetal com ologônmio que esteve presente cerca de três vezes mais no grupo de cesárea eletiva. Por outro lado, na presença de amniorrexe prematura, a PTP foi indicada duas vezes mais que a cesárea eletiva. As demais variáveis não se mostraram significativas.

**TABELA 4**

**Distribuição percentual das mulheres de acordo com algumas variáveis da gestação atual, segundo a realização ou não da PTP**

VARIÁVEIS	CESÁREA ELETIVA (n=322)		PTP (n=1746)		p
	n	%	n	%	
<b>AU (cm)*</b>					<b>0,000007</b>
< 31	35	11,9	110	6,9	
31-39	215	73,1	1.351	84,7	
> 39	44	15,0	134	8,4	
<b>RPM*</b>					<b>&lt;0,00000001</b>
Sim	288	10,3	318	18,6	
Não	33	89,7	1.395	81,4	
<b>Estado do LA*</b>					<b>0,26</b>
Claro	237	74,5	1.224	71,5	
Não claro	81	25,5	488	28,5	
<b>Quantidade de LA*</b>					<b>&lt;0,00000001</b>
Normal	250	78,6	1.574	94,0	
Alterada	68	21,4	100	6,0	
<b>BCF*</b>					<b>0,28</b>
Normal	254	78,9	1.320	75,7	
Alterado	65	20,2	396	22,7	
OF	3	0,9	28	1,6	
<b>Apresentação fetal*</b>					<b>&lt;0,00000001</b>
Cefálica	271	85,2	1.636	94,5	
Não cefálica	47	14,8	95	5,5	

\*excluídos ignorados

Não houve diferença entre a ocorrência de complicações puerperais imediatas. Observou-se, contudo, que a frequência de rotura uterina foi maior nas mulheres submetidas à PTP e a frequência de histerectomia foi maior nas mulheres submetidas a cesárea eletiva, porém sem significação estatística (TABELA 5).

**TABELA 5**

**Distribuição percentual das mulheres segundo a ocorrência de complicações puerperais imediatas, de acordo com a realização ou não da PTP**

RESULTADOS	CESÁREA ELETIVA (n=319)		PTP (n=1746)	
	n	%	n	%
<b>Complicações do puerpério imediato*</b>				
Ausentes	315	98,76	1715	98,79
Sutura de rotura uterina	2	0,62	17	0,98
Histerectomia subtotal	2	0,62	4	0,23

\* excluídos ignorados  
 $p = 0,34$  (exato de Fisher)

Na Tabela 6 observa-se que não houve diferença quanto ao índice de Apgar entre os grupos e que a frequência de recém-nascidos com Apgar de 5º minuto menor que sete foi baixa (2,2% e 2,6%, respectivamente). Entretanto, houve cerca de três vezes mais RN prematuros e duas vezes mais RN com peso menor que 2.500g ou maior que 4.000g no grupo de cesárea eletiva.

**TABELA 6**

**Distribuição percentual das variáveis neonatais imediatas segundo a realização de cesárea eletiva ou PTP**

VARIÁVEIS	CESÁREA ELETIVA (n=319)		PTP (n=1718)		p
	n	%	n	%	
<b>Índice Apgar 1º min*</b>					<b>0,53</b>
< 7	45	14,1	220	12,8	
≥ 7	273	85,8	1.495	87,2	
<b>Índice Apgar 5º min*</b>					<b>0,85</b>
< 7	7	2,2	44	2,6	
≥ 7	311	97,8	1.671	97,4	
<b>Capurro**</b>					<b>0,000001</b>
< 37 sem	52	16,9	94	5,8	
≥ 37 sem	256	83,1	1.521	94,2	
<b>Peso**</b>					
< 2.500g	71	22,2	182	10,7	0,000001
2.500g-4.000g	224	70,2	1.437	84,6	
> 4.000g	24	7,5	80	4,7	0,006

\* excluídos 31 casos de óbito fetal (3 em cesárea eletiva e 28 em PTP)

\*\*excluídos ignorados

#### 4.3. Principal indicação de cesárea

Quando realizada após PTP a cesárea foi indicada, na maioria das vezes, por sofrimento fetal e desproporção céfalo-pélvica. A cesárea eletiva teve os mesmos fatores determinantes, mas esteve mais freqüentemente associada a condições mórbidas da mãe, tais como diabetes, síndrome hipertensiva e gestação prolongada (TABELAS 7 e 8).

**TABELA 7****Distribuição percentual das indicações de cesárea eletiva**

	Cesárea Eletiva (n=322)	
	n	(%)
Sufrimento fetal (crônico)	55	17,1
Antecedente de cesárea	47	14,6
Síndromes hipertensivas	45	14,0
Gravidez prolongada	30	9,3
Apresentação pélvica/córmica	18	5,6
DCP	12	3,7
Placenta prévia	10	3,1
Diabetes	9	2,8
Distócia de partes moles	5	1,5
Condilomatose	4	1,2
DPP	4	1,2
Outras distócias de apresentação	3	0,9
Infecção ovular	2	0,6
Sensibilização pelo fator Rh	2	0,6
Outras	75	(23,3)
<i>Ign</i>	1	-

**TABELA 8****Distribuição percentual das mulheres pela indicação da cesárea após PTP**

	Cesárea Eletiva (n=731)	
	n	(%)
Sufrimento fetal (agudo, agudizado)	206	28,4
DCP	165	22,8
Apresentação pélvica/córmica	51	7,0
Antecedente de cesárea	41	5,7
Distócia de partes moles	31	4,3
Síndrome hipertensiva	23	3,2
Gravidez prolongada	22	3,0
DPP	16	2,2
Outras distócias de apresentação	13	1,8
Infecção ovular	5	0,7
Placenta prévia	3	0,4
Sensibilização pelo fator Rh	3	0,4
Diabetes	2	0,3
Acidente de cordão	2	0,3
Condilomatose	1	0,1
Outras	140	19,3
<i>Ign</i>	7	-

#### 4.4. Fatores associados à forma de término do parto após PTP

Para identificação de fatores associados à forma de término do parto após PTP foram utilizados o cálculo da razão de prevalência e o intervalo de confiança a 95%, e também se realizou o ajuste por idade para cada grupo de variáveis. Com o intuito de facilitar a visualização dos resultados, as tabelas foram apresentadas em quatro grupos de variáveis: demográficas, antecedentes obstétricos, variáveis da gestação atual e relacionadas ao trabalho de parto

##### 4.4.1. Variáveis demográficas

Apenas a idade esteve associada ao término do parto por cesárea. O grupo de mulheres com idade maior ou igual a 35 anos apresentou quase duas vezes e meia mais partos por cesárea (TABELA 9).

**TABELA 9**

**Distribuição percentual de algumas variáveis demográficas com razão de prevalência e IC 95% de acordo com a forma de término do parto após PTP**

VARIÁVEIS	PTP		RP (IC 95%)	RP (IC 95%) ajustada pela idade
	Cesárea (n=731)	PVAC (n=1015)		
<b>Idade (anos)*</b>				
≤19	10,11	19,31	1	
20 a 35	82,01	77,07	1,59 (1,29-1,95)	
> 35	7,88	3,60	2,23 (1,73-2,88)	
<b>Estado marital*</b>				
Sem companheiro	13,37	14,77	0,93 (0,78-1,10)	0,85 (0,58-1,22)
Com companheiro	86,62	85,23	1	
<b>Escolaridade (anos)*</b>				
0 a 4	41,86	35,31	1,24 (1,02-1,50)	1,45 (0,99-2,11)
5 a 9	44,52	48,15	1,07 (0,83-1,30)	1,36 (0,93-1,98)
10 ou mais	13,62	16,53	1	
<b>Altura (m)*</b>				
< 1,45	5,37	3,01	1,36 (1,09-1,69)	1,31 (0,71-2,41)
≥ 1,45	94,63	97,00	1	

\*excluídos ignorados

#### 4.4.2. Antecedentes Obstétricos

O antecedente obstétrico positivo e o antecedente de aborto associaram-se com o término do parto por cesárea nas mulheres submetidas à prova de trabalho de parto; entretanto, estas associações desapareceram após o ajuste por idade (TABELA 10).

**TABELA 10**  
Distribuição percentual de alguns antecedentes obstétricos com razão de prevalência e IC 95% segundo via de parto após PTP

VARIÁVEIS	PTP		RP (IC 95%)	RP (IC 95%) ajustada pela idade
	Cesárea (n=731)	PVAC (n=1015)		
<b>Intervalo interpartal (meses)*</b>				
< 24	29,68	34,76	1	
24 a 60	49,71	47,22	1,13 (0,99-1,30)	1,03 (0,86-1,23)
> 60	20,61	18,01	1,19 (1,01-1,40)	0,92 (0,72-1,16)
<b>Filho vivo atual*</b>				
Não	4,68	4,15	1,07 (0,83-1,39)	1,08 (0,76-1,52)
1 ou mais	95,32	95,85	1	
<b>Natimorto*</b>				
Sim	2,36	2,00	1,10 (0,77-1,56)	1,10 (0,68-1,78)
Não	97,64	98,00	1	
<b>Aborto*</b>				
Sim	23,11	16,55	1,26 (1,11-1,42)	1,17 (0,98-1,40)
Não	76,89	83,45	1	
<b>Ant. mórbidos*</b>				
Sim	39,97	36,18	1,10 (0,98-1,23)	1,07 (0,92-1,25)
Não	60,03	63,82	1	
<b>Ant. obstétricos*</b>				
Sim	32,00	27,02	1,14 (1,02-1,29)	1,12 (0,95-1,31)
Não	68,00	72,98	1	

\*excluídos ignorados

#### 4.4.3. Variáveis da gestação atual

Para as mulheres submetidas à PTP, a RPM, a apresentação fetal não cefálica e a altura uterina maior que 39cm associaram-se com a resolução do parto por cesárea. As possíveis alterações da vitalidade fetal avaliadas pelo LA não claro ou alterado em sua quantidade além das alterações do BCF também estiveram associadas ao parto cesáreo, mesmo após o ajuste pela idade (TABELA 11).

**TABELA 11**  
**Distribuição percentual de algumas variáveis da gestação atual**  
**com razão de prevalência e IC 95% segundo via de parto após PTP**

VARIÁVEIS	PTP		RP (IC 95%)	RP (IC 95%) ajustada pela idade
	Cesárea (n=731)	PVAC (n=1015)		
<b>Consultas PN*</b>				
0	3,20	4,10	0,84 (0,60-1,18)	0,93 (0,60-1,43)
1 a 5	30,03	32,04	0,94 (0,83-1,06)	1,01 (0,85-1,20)
Mais de 5	66,77	63,86	1	1
<b>AU (cm)*</b>				
< 31	5,36	8,07	0,81 (0,62-1,06)	0,81 (0,57-1,13)
31 a 39	81,74	86,96	1	1
> 39	12,90	4,97	1,59 (1,39-1,82)	1,50 (1,19-1,88)
<b>RPM*</b>				
Sim	23,17	15,18	1,32 (1,17-1,50)	1,30 (1,08-1,54)
Não	76,83	84,82	1	1
<b>Estado LA*</b>				
Claro	67,00	74,77	1	1
Não claro	33,00	25,23	1,24 (1,10-1,39)	1,22 (1,04-1,43)
<b>Quantidade LA*</b>				
Normal	91,56	95,80	1	1
Alterada	8,44	4,20	1,45 (1,22-1,73)	1,32 (1,01-1,73)
<b>BCF*</b>				
Normal	61,70	85,78	1	1
Alterado	38,03	11,64	2,05 (1,86-2,27)	1,96 (1,68-2,28)
OF	0,27	2,57	0,21 (0,05-0,80)	0,20 (0,05-0,81)
<b>Apresentação*</b>				
Cefálica	89,10	98,40	1	1
Não cefálica	10,90	1,60	2,11 (1,89-2,35)	2,03 (1,54-2,66)
<b>TRM (h) – RPM*</b>				
< 24	75,66	77,04	1	1
≥ 24	24,34	22,96	1,04 (0,81-1,33)	1,01 (0,69-1,48)

\*excluídos ignorados

#### 4.4.4. Variáveis relacionadas ao trabalho de parto

A indução do trabalho de parto aumentou em quase duas vezes o risco para cesárea e, dentre as indicações de indução do TP, a amniorrexe prematura foi a mais prevalente (ANEXO 3 – Tabela 16). Por outro lado, a ausência de analgesia no TP aumentou em duas vezes e meia o risco para cesárea (TABELA 12).

**TABELA 12**  
**Distribuição percentual de algumas variáveis do trabalho de parto com razão de prevalência e IC 95% segundo via de parto após PTP**

VARIÁVEIS	PTP		RP (IC 95%)	RP (IC 95%) ajustada pela idade
	Cesárea (n=731)	PVAC (n=1015)		
<b>Início do TP*</b>				
Espontâneo	83,45	94,78	1	1
Induzido	16,55	5,22	1,78 (1,46-2,17)	1,74 (1,42-2,11)
<b>Analgesia*</b>				
Sim	17,69	48,42	1	1
Não	82,31	51,58	2,73 (2,28-3,26)	2,57 (2,11-3,11)

\*excluídos ignorados

## 5. Discussão

---

Os resultados obtidos neste estudo mostraram que a realização de cesárea em mulheres com uma cesárea anterior, tanto eletiva quanto após PTP, decresceu ao longo dos 13 anos estudados, com aumento das taxas de parto vaginal, ainda que mantida a mesma proporção de mulheres com este antecedente. A prova de trabalho de parto não aumentou a ocorrência de complicações puerperais imediatas graves e nem houve aumento de resultados neonatais desfavoráveis.

Inicialmente, cabe salientar que a ficha obstétrica utilizada para a obtenção dos dados analisados neste estudo apresenta algumas características peculiares que limitam a interpretação precisa de alguns dados. Esta FO foi implementada na década de 70 na Maternidade do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP, tendo como base a ficha pré-codificada da Maternidade do Hospital Barros Lucos, de Santiago, Chile. Foi determinado um número de variáveis materno-feto-neonatais que parecia adequado pelos docentes da UNICAMP (SABATINO, 1988). A FO não oferece

a possibilidade de múltipla escolha para alguns diagnósticos, como, por exemplo, a principal indicação de cesárea, e faltam códigos para a identificação de procedimentos, tais como ultra-sonografia e monitorização fetal. Algumas indicações atuais de cesárea eletiva, como, por exemplo, a infecção pelo HIV, também não são passíveis de identificação. No entanto, após acurada análise dos dados, não se encontrou discrepâncias que pudessem comprometer a qualidade e a confiabilidade da análise realizada no presente estudo, uma vez que os resultados obtidos são semelhantes, com pequenas variações, àqueles verificados na literatura científica pertinente ao tema.

A porcentagem média de gestantes primíparas com uma cesárea prévia atendidas na Maternidade da UNICAMP foi de 7%, entre 1986 e 1998, com maior freqüência em 1991 (8,25%) e a menor em 1995 (5,64%). A média anual de 7% de partos de mulheres com antecedente de cesárea é semelhante à de outros serviços médicos, tanto do exterior quanto do Brasil, embora, freqüentemente, ao contrário do que foi feito no presente estudo, os números incluam mulheres com mais de uma cesárea prévia.

FLAMM et al. (1988) encontraram 8,6% de mulheres com uma ou mais cesáreas na Califórnia, entre janeiro de 1984 e dezembro de 1985, estudando 57.553 partos. MATHIAS et al., em 1982, observaram uma taxa de 9,7% entre 164 gestantes com único parto anterior por cesárea, de janeiro de 1980 a agosto de 1981, em Jundiaí, São Paulo, em um serviço de características semelhantes às da Maternidade da UNICAMP, ou seja, de atendimento a gestantes de baixa

renda e com alto risco gestacional. Esses estudos datam da década de 80. Apesar de o parto após cesárea continuar a ser amplamente estudado na década de 90, a taxa de mulheres com apenas uma cesárea prévia não foi relatada nos demais artigos consultados. Mais recentemente, HIBBARD et al. (2001) citam a média de 8,4% ao analisarem 29.255 partos, de 1989 a 1998, em Chicago, EUA, incluindo mulheres com até duas cesáreas anteriores.

Na análise dos casos de cesárea eletiva, no presente estudo foi encontrado o antecedente de cesárea como principal indicação de uma nova cesárea em 14,6% das 322 cesáreas eletivas realizadas no período. Nos EUA, o antecedente de uma cesárea é a maior razão para a indicação de uma nova cesárea (FLAMM et al., 1988). No Brasil, MARQUES et al., (1989) encontraram esta indicação em 19,1% de 633 cesáreas realizadas em um hospital universitário do Rio de Janeiro, no período de janeiro de 1985 a dezembro de 1986.

Neste ponto, torna-se necessário relembrar que, com base na FO e considerando que foram analisadas mulheres com apenas uma cesárea prévia, este antecedente pode ser um dos fatores determinantes de nova cesárea e não o único, porém a FO não oferece possibilidade de esclarecimento desta hipótese, quando analisada segundo o Banco de Dados.

Analisando-se a forma de término do parto, os resultados deste estudo mostram que a taxa de cesárea eletiva vem decrescendo. Em 1986, a frequência de cesárea eletiva era de 22,6% e manteve-se em torno de 20% até 1992, quando caiu para 17,5%. A partir desse ano, foi diminuindo paulatinamente.

Este declínio fica mais evidente quando se analisam os anos de 1994 e 1995, quando passou de 13,2% para 8,3%. Mesmo considerando-se que, em 1995, houve um número menor de partos que nos anos anteriores e subseqüentes, esta porcentagem veio mantendo-se abaixo de 8% desde então, tendo sido de 5% em 1998. Esta diminuição das cesáreas eletivas pode estar refletindo a tendência mundial de se reduzir a repetição automática do procedimento neste grupo de mulheres, a fim de diminuir as taxas globais, evitando procedimentos desnecessários. Portanto, seria esperado o aumento do número de mulheres sendo submetidas a uma prova de trabalho de parto, e foi o que observamos analisando os dados deste estudo. Conseqüentemente, o número de partos vaginais após cesárea também vem aumentando.

Em relação ao PVAC, a taxa de sucesso variou de 33,8% a 49,7%, de 1986 a 1993, para o total de mulheres e foi de 58% entre as gestantes submetidas à PTP. A partir de 1994 observa-se uma taxa anual expressivamente mais alta (68,6%) que a do ano anterior (49,5%) e esta tendência manteve-se nos quatro anos seguintes, quando variou de 56% a 67,5%. Números maiores encontraram MILLER et al., (1994): 80% de sucesso da prova de trabalho de parto entre 13.594 mulheres com uma única cesárea anterior, quando estudados 17.322 partos de mulheres com antecedente de cesárea, na Califórnia, entre 1983 e 1992. BLANCHETTE et al. (2001), encontraram 40% de sucesso da prova de trabalho de parto ao analisar o parto de 1.481 mulheres com uma ou mais cesáreas anteriores, de 1996 a 1999, em Massachusetts, sendo que 727 mulheres foram submetidas à cesárea porque se recusaram a realizar uma

prova de trabalho de parto ou a mesma foi contra-indicada pela equipe médica. McMAHON et al. (1996) estudaram 6.138 mulheres com uma única cesárea anterior e observaram 32% de taxa de sucesso para o PVAC em 3.249 provas de trabalho de parto realizadas. No total, 2.889 mulheres escolheram uma nova cesárea, sendo que os casos de contra-indicação médica para uma prova de trabalho de parto já haviam sido excluídos do estudo previamente.

Observamos que é freqüente na literatura científica internacional, que trata deste assunto, a possibilidade de a mulher escolher se deseja submeter-se ou não a uma prova de trabalho de parto. No Brasil, ouvir a opinião da mulher ainda não é uma prática comum, pelo menos oficialmente. No entanto, mesmo que isso fosse possível, a opinião das mulheres dificilmente seria um fator decisivo em termos de tomada de decisão em um hospital-escola, como é o caso deste estudo, onde prevalece a conduta científica baseada na literatura médica e organizada em protocolos específicos.

Todavia, é interessante acrescentar que alguns estudos recentes mostram que, caso fossem ouvidas com mais atenção, as mulheres brasileiras, de modo geral, prefeririam o parto vaginal, na maioria das vezes (HOPKINS, 2000; POTTER et al., 2001). Por outro lado, quando a mulher manifesta o desejo de ter um parto vaginal, a tendência é criar uma razão "médica" que torne a cesárea aceitável. O médico vem sendo "empurrado" pelas circunstâncias a adotar essa conduta, sem perceber, neste processo, que comete grave infração ética, sujeita às penalidades das leis (FAÚNDES & PERPÉTUO, 2002).

Quanto à escolaridade, observamos que o maior número de anos completos de estudo (dez anos ou mais) esteve associado a maior proporção de parto vaginal. Estudos populacionais, no entanto, demonstram que a cesárea vem se caracterizando como um verdadeiro bem de consumo, uma vez que sua freqüência tem sido maior entre as mulheres de maior renda e escolaridade (RATTNER, 1996; PIRES et al., 1999). Neste estudo, provavelmente este grupo se constitua, em grande parte, de mulheres universitárias da própria UNICAMP, bem como daquelas do grupo de parto alternativo (cócoras). Trata-se de uma população de mulheres, em geral, tanto mais hígida quanto mais motivada a experimentar o parto por via vaginal. Parece pertinente supor que, ao serem oferecidas condições satisfatórias para a resolução do parto por via baixa, sem a interferência de fatores não médicos, a vontade destas mulheres mais instruídas prevaleça.

Os números relativos à realização de cesárea após prova de trabalho de parto mantiveram-se entre 31,9% e 41,9%, até 1996, com apenas uma cifra isolada de 18,2%, em 1994. Nos dois últimos anos do estudo, 1997 e 1998, observaram-se cifras mais baixas (26,5% e 27,5%), acompanhando duas das taxas mais altas de PVAC (65,7% e 67,5%). Isto parece demonstrar a tendência atual de estímulo à prova de trabalho de parto promovida entre as mulheres com cesárea prévia. Ressaltamos que isto é verdade para aquelas com apenas uma cesárea anterior, uma vez que o antecedente de duas ou mais cesáreas continua sendo contra-indicação absoluta para a prova de trabalho de parto, na Maternidade da UNICAMP, devido ao consenso de que mais de uma cicatriz uterina aumenta significativamente o risco de rotura, o que justificou a não

inclusão deste grupo. Na literatura consultada observamos que, há vários anos, os estudos incluem mulheres com mais de uma cesárea. No Brasil, essa discussão começa a ser vista, atualmente (MAIA FILHO & MATHIAS, 2001).

No que diz respeito à forma de início do trabalho de parto, neste estudo o início espontâneo prevaleceu no grupo que evoluiu para PVAC, ao passo que o trabalho de parto induzido aumentou em quase duas vezes o risco para cesárea. Não é possível saber, através do Banco de Dados consultado, em que condições de maturidade o colo uterino apresentava-se no início da indução. No entanto, parece bastante claro que a indução com colo não adequadamente preparado associa-se a um maior índice de cesáreas por falha de indução e distócia funcional (ABRAMOVICI et al., 1999; CECATTI, AQUINO, PARPINELLI, 2001). Quando usada para condução do trabalho de parto, a ocitocina apareceu como fator favorável à evolução para parto vaginal. No entanto, como nestes casos o início do trabalho de parto foi espontâneo, provavelmente seja esta segunda situação a responsável pelo sucesso da prova de trabalho de parto e não a utilização da ocitocina por si só.

Observamos que, provavelmente, ao longo do período estudado, a mudança na abordagem de algumas situações específicas, tais como a conduta em casos de rotura prematura de membranas a termo, por exemplo, venha se refletindo no índice crescente de mulheres submetidas à prova de trabalho de parto e, por conseguinte, a partos vaginais, na Maternidade da UNICAMP.

Em relação à rotura prematura de membranas nas gestações a termo com colo desfavorável para a indução do parto, por exemplo, em meados da década de 80 – e o estudo teve início em 1986 – esta situação era uma das indicações de cesárea, quando associada à cesárea anterior, na Maternidade da UNICAMP. A cesárea eletiva, nestes casos, reduziria o risco de infecção puerperal e morbidade neonatal decorrentes do tempo longo de indução ocitócica do trabalho de parto, com colo uterino desfavorável, na presença de uma cicatriz uterina (BLANCHETTE et al., 2001).

Na década de 90, novos estudos demonstraram que a grande maioria das gestantes a termo entra em trabalho de parto espontaneamente em até 18 horas após a rotura da bolsa amniótica e apenas uma minoria irá fazê-lo dentro de 24 horas ou mais (ZLATNIK, 1992; TEDESCO et al., 1998). Mais recentemente, MAIA FILHO, TEDESCO, MATIAS (2000), em um ensaio clínico que incluiu 99 gestantes com mais de 36 semanas de gestação, atendidas em uma maternidade-escola, demonstraram que a conduta expectante por 72 horas, associada à hiper-hidratação, foi segura nos casos de amniorrexe prematura a termo, em Jundiaí, São Paulo. Os autores observaram a redução no índice de cesáreas, principalmente das indicadas por sofrimento fetal agudo, e redução dos riscos perinatais e de infecção intraparto.

A conduta expectante por 24 a 72 horas mostrou-se segura para mãe e concepto, desde que sejam monitorizados os dados vitais e laboratoriais indicativos de infecção ovular e seja instituída antibioticoterapia, quando necessário (ROCHA

et al., 1999). Nestes casos, há evidência de que a utilização de antibióticos macrolídeos reduz a ocorrência de parto prematuro e de infecção neonatal (KENYON, BOULVAIN, NEILSON, 2001). A amniorrexe foi a principal indicação de indução ocitócica do parto no presente estudo e 31,2% evoluíram para PVAC.

Em 1986, primeiro ano analisado, para as gestantes a termo e com bolsa amniótica íntegra não se dispunha de muitas opções para preparo do colo com vistas à melhoria do índice de Bishop e posterior indução do trabalho de parto, quando clinicamente indicado. Admitia-se a indução ocitócica seriada por até três dias consecutivos ou, no máximo, utilizava-se laminária intracervical. Outras opções para melhorar as condições de maturidade do colo uterino foram incorporadas, ainda se procedendo à indução ocitócica seriada após período de preparo com diferentes métodos, como as prostaglandinas (PG), o balão de Foley e a hialuronidase (POMA, 1999; HOFMEYR & GULMEZOGLU, 2001; KAVANAGH, KELLY, THOMAS, 2001;).

Quanto às prostaglandinas, estas não estavam disponíveis no Brasil, em 1986, ano de início deste estudo. No entanto, já no final da década de 60, as prostaglandinas E2 e F2  $\alpha$  já eram utilizadas nos EUA para o amadurecimento cervical, por via venosa. No final dos anos 70 passaram a ser usadas por via vaginal devido aos efeitos colaterais da administração pelas vias venosa e oral (RISKIN-MASHIAH & WILKINS, 1999). RAYBURN (1989), já no final dos anos 80, publicou a análise de 3.000 casos em que a PG E2 foi utilizada para apagamento cervical e, no entanto, só em meados da década de 90 foi possível

a utilização de uma prostaglandina, no Brasil. O misoprostol, que é um análogo sintético da PG E1, foi primeiro utilizado em estudo randomizado e controlado com ocitocina para indução do trabalho de parto em feto vivo, em 1993 (SANCHEZ-RAMOS et al., 1993). Na Maternidade da UNICAMP, mesmo atualmente, o misoprostol não é indicado para mulheres com antecedente de cesárea, uma vez que a literatura médica tem confirmado o risco significativamente maior de rotura uterina devido à sua utilização neste grupo de mulheres (WING, LOVETT, PAUL, 1998; HILL et al., 2000). Outras opções para melhorar o índice de Bishop em mulheres com antecedente de cesárea passaram a ser buscadas. A partir de 1994, este leque foi ampliado com a reincorporação do uso da sonda Foley extra-amniótica (ABRAMOVICI et al., 1999) e da hialuronidase, implicando em um incremento do número de mulheres submetidas a uma prova de trabalho de parto, possivelmente aumentando o número de PVAC.

Já a característica da Área de Obstetrícia da Maternidade da UNICAMP de atender mulheres portadoras de algum tipo de doença prévia ou intercorrente que caracterize a gestação como de alto risco, faz com que, naturalmente, o número de cesáreas eletivas seja maior. A análise retrospectiva dos fatores associados à forma de resolução do parto mostrou que alguns antecedentes mórbidos e/ou obstétricos aumentaram a prevalência de cesárea eletiva, mesmo quando esta variável foi ajustada pela idade. No entanto, no decorrer dos 13 anos deste estudo, tem-se investido e insistido em práticas que visam oferecer condições para que o parto vaginal tenha maior probabilidade de sucesso. O conhecimento científico incorporado à prática obstétrica ampliou a prevenção, tratamento e

controle da maioria das doenças que determinam o encaminhamento de gestantes para serviços médicos de atendimento a mulheres com alto risco gestacional.

O antecedente obstétrico mais freqüente entre a população deste estudo foi a Síndrome Hipertensiva. Neste caso específico, o diagnóstico precoce e o controle adequado da pressão arterial, por exemplo, podem modificar o curso do quadro materno-fetal e propiciar que mais mulheres atinjam o final da gestação e entrem em trabalho de parto espontaneamente. Da mesma forma, o colo uterino, naturalmente mais amadurecido, pode facilitar a ação dos mecanismos disponíveis para a melhora do índice de Bishop e favorecer a indução do parto. Portanto, no decorrer destes 13 anos, o parto vaginal vem tendo maior chance de ocorrer, inclusive nas mulheres hipertensas que, em grande parte dos casos, provavelmente seriam submetidas à cesárea no período de início deste estudo (D'ORSI et al., 2001).

Outra variável que prevaleceu no grupo que evoluiu para parto vaginal foi a idade de 19 anos ou menos. No grupo estudado encontramos 294 (14,2%) adolescentes, salientando-se que todas já tinham uma cesárea prévia. A situação reflete o quadro geral do Brasil, onde os hospitais públicos fazem de 15% a 25% de partos de adolescentes ao ano, principalmente na faixa de 15 a 19 anos. Na Maternidade da UNICAMP, a taxa de partos entre adolescentes diminuiu de 22% a 23%, em 1986, para 19% a 20%, em 1996, com tendência ao aumento do número de casos na adolescência precoce, até 15 anos de idade (PINTO E SILVA, 1998). O maior índice de parto vaginal no grupo de adolescentes

parece refletir uma maior preocupação com o futuro obstétrico destas mulheres, procurando-se evitar a limitação da capacidade reprodutiva delas, incluindo a esterilização cirúrgica por cesáreas de repetição (PIRES, 2000). No presente estudo, a taxa de cesáreas foi menor neste grupo.

Por sua vez, o grupo de mulheres com idade de 35 anos ou mais foi submetido à cesárea eletiva, na maioria dos casos. Sendo a Maternidade da UNICAMP um serviço de atendimento a gestantes de alto risco é de se supor que, aliada à idade, alguma outra circunstância mórbida provavelmente esteja presente. Mas, por outro lado, a literatura científica mostra que a idade materna de 35 anos ou mais pode ser considerada como um fator de risco independente para o parto por cesárea (PEIPERT & BRACKEN, 1993). As razões para isso talvez possam ser justificadas devido a maior valorização da gravidez e seus resultados em mulheres com maior idade, tanto no que diz respeito ao comportamento dos médicos no manejo do trabalho de parto, quanto em relação às expectativas destas mulheres. Os achados do presente estudo parecem sugerir que a indicação de cesárea é mais liberal em um grupo de mulheres que já têm seu futuro obstétrico limitado pela idade por si só.

As demais variáveis prevalentes no grupo que evoluiu para parto vaginal constituem um grupo de características clínicas que sugerem uma gestação dentro da normalidade: altura uterina entre 31cm e 39cm, líquido amniótico em quantidade normal, BCF normal na internação e apresentação cefálica. Parece viável inferir que é mais seguro oferecer e acompanhar uma prova de trabalho

de parto frente a uma gestação com sinais clínicos de evolução normal do que diante de uma gestação com sinais clínicos de anormalidade, pelo menos até o momento da internação para parto, e que a cicatriz de cesárea, por si só, não apresenta um maior risco para a evolução do trabalho de parto.

Observamos que a altura uterina entre 31cm e 39cm prevaleceu no PVAC. Ao compararmos estes valores com aqueles encontrados em estudos que propõem curvas de normalidade de altura uterina entre 20 e 40 semanas, vemos que estes valores se assemelham aos de 32 a 40 semanas para gestações normais (BARINI, 1989; MARTINELLI, BITTAR, ZUGAIB, 2001). A população deste estudo, no entanto, incluiu gestações pré-termo, aquelas que evoluíram com restrição de crescimento intra-uterino e também as gestações prolongadas e/ou associadas a distúrbios que determinam altura uterina acima da média, tais como macrosomia fetal e polidrâmnio.

No que diz respeito à frequência cardíaca fetal normal no momento da internação, houve associação com a evolução para parto vaginal, na maioria das vezes. Porém, as alterações dos BCF detectadas por monitorização fetal eletrônica anteparto ou intraparto, por exemplo, não puderam ser claramente identificadas. Não há um campo próprio na ficha obstétrica para esta observação. Não foi possível identificar, nos casos em que a alteração dos BCF foi a principal indicação de cesárea, por exemplo, se esta alteração foi diagnosticada clinicamente ou com o auxílio da cardiotocografia.

Quanto à apresentação fetal cefálica prevalecer no grupo que evoluiu para parto vaginal, cabe salientar que a apresentação pélvica permaneceu como indicação formal de cesárea em mulheres nulíparas e naquelas com uma cesárea prévia. No estudo em questão, 5,6% das cesáreas eletivas tiveram como indicação principal a apresentação pélvica, sendo esta a quinta mais freqüente. Já quando indicada durante trabalho de parto, a apresentação pélvica foi a terceira indicação mais freqüente de cesárea. Embora em estudos com pequeno número de casos ainda exista uma certa dúvida acerca da melhor via de parto nos casos de apresentação pélvica (AQUINO et al., 2000), recentemente um grande estudo multicêntrico randomizado e controlado concluiu que a cesárea é a via preferencial para a resolução do parto nestes casos, corroborando a conduta já estabelecida na Maternidade da UNICAMP (HANNAH et al., 2000).

Analisando-se a analgesia no período de dilatação do trabalho de parto através do bloqueio epidural, observou-se que a sua realização funcionou como fator favorável para a evolução do trabalho de parto para parto vaginal. Resultado semelhante encontraram IMPEY, McQUILLAN, ROBSON (2000) ao analisarem o primeiro parto de 1.000 mulheres, em Dublin, Irlanda, concluindo que a analgesia epidural não aumenta, necessariamente, as taxas de cesárea. ZHANG et al. (2001), observando 1.088 mulheres nulíparas com início espontâneo do TP, também concluíram que a analgesia epidural durante o TP não aumenta o risco de cesárea, a necessidade do uso de ocitocina ou o parto instrumental por distócia. CECATTI et al. (1998) observaram que não houve aumento na duração

do trabalho de parto nem qualquer diferença quanto à via de parto ao acrescentar um opióide (sufentanil) à analgesia peridural para o trabalho de parto e parto.

A observação de que a não realização de analgesia prevaleceu no grupo que evoluiu para cesárea após PTP leva-nos a inferir que algumas destas cesáreas poderiam ter sido indicadas por outras causas, no início precoce do período de dilatação, ou por falha de indução, quando ainda não seria o momento para se proceder ao bloqueio epidural.

O diagnóstico de óbito fetal, na internação, foi outra variável prevalente no grupo que evoluiu para PVAC após PTP. Foram 31 casos, dos quais seis evoluíram para cesárea: três cesáreas eletivas - dois casos por PP e um caso de DPP - e três cesáreas durante trabalho de parto por descolamento prematuro de placenta. Os demais 25 casos evoluíram para parto vaginal, refletindo a tendência de não se poupar esforços no sentido de evitar o procedimento cirúrgico na ausência de prognóstico fetal, visando proteger o futuro reprodutivo da mulher que já possui uma cicatriz uterina (TABORDA et al., 1995).

A ocorrência de complicações maternas, principalmente a rotura uterina, é um dos principais fatores que torna necessário que a prova de trabalho de parto nas mulheres com uma cesárea prévia seja discutida, segundo estudiosos do assunto (GREGORY et al., 1999; LYDON-ROCHELLE et al., 2001). Na população deste estudo, a rotura uterina e histerectomia foram encontradas em percentual inferior a 2%, analisando-se as complicações puerperais imediatas entre os grupos submetidos à prova de trabalho de parto ou cesárea eletiva.

Esta observação coincide com a da literatura, como FLAMM et al. (1994) que, analisando 7.229 pacientes, observaram apenas 1% de rotura uterina, concluindo que, com cuidadosa supervisão, a prova de trabalho de parto elimina uma grande proporção de cesáreas de repetição, embora não seja isenta de risco, bem como a cesárea eletiva. Por outro lado, MOZURKEWICH & HUTTON (2000), em uma metanálise da literatura, entre 1989 e 1999, incluindo 15 estudos e um total de 47.682 mulheres, observaram que o risco de rotura uterina foi duas vezes maior em mulheres com cesárea anterior que se submeteram à prova de trabalho de parto quando comparadas às que tiveram cesárea eletiva. Talvez novos estudos randomizados controlados devam ser realizados para avaliar o verdadeiro impacto da prova de trabalho de parto nestas mulheres.

Na população deste estudo observamos dois casos de morte materna, não se podendo atribuir à via de parto nenhuma delas. A primeira paciente, 23 anos, foi submetida à cesárea por iminência de eclâmpsia, tendo como diagnósticos secundários de admissão icterícia, coagulopatia e hemorragia, em agosto de 1987. Evoluiu para histerectomia total abdominal, ligadura da artéria hipogástrica e óbito por coagulopatia. A segunda paciente, 35 anos, evoluiu para parto fórcepe de Kielland, apresentando hemorragia incoercível no pós-parto imediato, obituando seis horas após a histerectomia. Como dados relevantes, está relatado na ficha obstétrica que a dequitação foi demorada e incompleta, com curagem e curetagem, sugerindo acretismo placentário. O acretismo placentário está intimamente ligado ao antecedente de cesárea (duas ou mais, principalmente) e à placenta prévia (TORLONI, MORON, CAMANO, 2001). A gravidade desta

situação, como demonstrada por esta morte materna, reforça a necessidade de maiores esforços para que se evite a realização da primeira cesárea e se estimule o PVAC (ANANTH, SMULIAN, VINTZILEOS, 1997).

Na avaliação dos resultados neonatais, foi estudado apenas o índice de Apgar de primeiro e quinto minutos. Observou-se que a prova de trabalho de parto não conferiu maior risco para recém-nascidos deprimidos, quando comparada com o grupo de cesárea. Este resultado difere daqueles de alguns estudos realizados. MOZURKEWICH & HUTTON (2000), em metanálise da literatura de 1989 a 1999, que incluiu 15 estudos com um total de 47.682 mulheres, observaram que a prova de trabalho de parto confere aumento do risco para um índice de Apgar de quinto minuto menor que sete. Analisamos 319 recém-nascidos de cesárea eletiva e 1.718 de provas de trabalho de parto, um número talvez pequeno para que se tire conclusões, no momento.

Ainda na análise dos recém-nascidos, prevaleceram no grupo de cesárea eletiva os prematuros e os de peso inferior a 2.500g ou superior a 4.000g, sugerindo associação destes resultados com alguma condição de morbidade materna prévia ou intercorrente na gravidez. A presença de alterações do desenvolvimento fetal, também poderia explicar estes achados e, por conseguinte, a cesárea eletiva teria sido indicada com o intuito de proteger o binômio materno-fetal de resultados adversos. Esta observação vem reforçar a necessidade de se estudar a prova de trabalho de parto ou taxa de sucesso do PVAC, separando-se os grupos.

Após analisar todos estes aspectos, encontramos na literatura alguns estudos que sugerem a admissão de modelos ou escores preditivos de sucesso do PVAC (FLAMM & GEIGER, 1997; ROSEN & DICKINSON, 1990; MARSHAK et al., 2000; CUNHA et al., 2002). Entretanto, nos estudos citados, são observadas mulheres com mais de um parto anterior, inclusive com mais de uma cesárea anterior, ao contrário deste estudo.

Acreditamos que os resultados deste estudo corroboram os achados da literatura de que a prova de trabalho de parto não impõe aumento na morbimortalidade materna e neonatal. Também que a taxa de sucesso para parto vaginal associa-se diretamente às gestações de baixo risco e à presença de trabalho de parto espontâneo.

## 6. Conclusões

---

1. A taxa de sucesso do parto vaginal aumentou, ao longo do período estudado.
2. Foi observada diferença significativa quanto à distribuição das mulheres entre os grupos de cesárea eletiva ou PTP de acordo com a idade de 35 anos ou mais, o antecedente de aborto, o antecedente obstétrico, filho(s) anterior(es) morto(s), altura uterina menor que 31cm ou maior que 39cm, ausência de rotura prematura de membranas, LA em quantidade alterada e apresentação fetal anômala.
3. Não houve aumento das complicações maternas após PTP quando comparadas àquelas após cesárea eletiva, embora o número de casos em ambos os grupos tenha sido pequeno.
4. Os resultados neonatais imediatos relativos ao índice de Apgar de primeiro e quinto minutos não diferiram, quando comparadas à cesárea eletiva e PTP. O percentual de prematuridade, bem como de recém-nascidos de peso

inferior a 2.500g ou superior a 4.000g, foi significativamente maior no grupo que evoluiu para cesárea eletiva.

5. As principais indicações de cesárea eletiva foram o sofrimento fetal crônico, o antecedente de cesárea e a Síndrome Hipertensiva e, para cesárea após a PTP, foram o sofrimento fetal agudo ou agudizado e a desproporção céfalo-pélvica.
6. Os fatores que se associaram ao término do parto por cesárea após PTP foram a altura uterina maior que 39cm, a ocorrência de rotura prematura de membranas, o líquido amniótico não claro ou em quantidade alterada, BCF alterado, apresentação fetal não cefálica, indução do trabalho de parto e a não realização de analgesia no período de dilatação do TP.

## 7. Referências Bibliográficas

---

ABRAMOVICI, D.; GOLDWASSER, B.C.M.; MABIE, C.B.; MERCER, B.M.;  
GOLDWASSER, R.; SIBAI, B.M. - A randomized comparison of oral  
misoprostol versus Foley catheter and oxytocin for induction of labor at  
term. ***Am. J. Obstet. Gynecol.***, **181**:1108-12, 1999.

ACOG – (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGY)  
Practice bulletin: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Number 2.  
***Int. J. Gyn. Obst.***, **64**:201-8, 1998.

ANANTH, C.V.; SMULIAN, J.C. ; VINTZILEOS, A .M. - The association of  
placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A  
metanalysis. ***Am. J. Obstet. Gynecol.*** **177**:1071-8, 1997.

APGAR, V. – *A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant.*  
***Anesth. Analg.***, **32**:260-5, 1953.

AQUINO, M.M. A.; GARCIA, G.M.; RODRIGUES, T.M.C.; MESQUITA, M.R.S.;  
CECATTI, J.G.; MARIANI NETO, C. - Conduta obstétrica na apresentação  
pélvica. ***Rev. Bras. Ginecol. Obstet.***, **22**:519-23, 2000.

- BARINI, R. - **Avaliação da curva de crescimento da altura uterina como método para estimar o peso fetal**. Campinas, 1989. [Tese - Mestrado - Universidade Estadual de Campinas].
- BARROS, F.C.; VAUGHAN, J.P.; VICTORA, C.G.; HUTTLHY, S.R.A. - Epidemic of cesarean sections in Brazil. **Lancet**, **338**:167-9, 1991.
- BELIZAN, J.M.; ALTHABE, F.; BARROS, F.C.; ALEXANDER, S. - Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. **BMJ** **319**:1397-400, 1999.
- BEMFAM/MACRO (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil/ Programas de Pesquisa de Demografia e Saúde Macro International Inc.), **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996**. Rio de Janeiro: BEMFAM/MACRO, 1997.
- BLANCHETTE, H.; BLANCHETTE, M.; McCABE, J.; VINCENT, S. - Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. **Am. J. Obstet. Gynecol.** **184**:1478-87, 2001.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. **Bioética**, **4 Suppl**:15-25, 1996.
- BRASIL - Lei ordinária 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7 do artigo 226 da constituição federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Partes vetadas correspondentes aos artigos 10, 11, 14 e 15. Brasília: **Diário Oficial da União, 20 de agosto de 1997, p. 17989, col 1**, 1997.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria MS/GM n 2.816. **Diário Oficial da União. Seç. I , n. 103**, pg. 48, 2/6/1998.

- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2001. [documento].
- CALDERON, I.M.P.; FRADE, J.L.; ABBADE, C.P.D.; DALBEN, I.; RUDGE, M.V.C. - Prova de trabalho de parto após uma cesárea anterior. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **24**:161-6, 2002.
- CALLAHAN, C.; CHESCHEIR, N. ; STEINER, B.D. – Safety and efficacy of attempted vaginal birth after cesarean beyond the estimate date of delivery. **J. Rep. Med.**, **44**:606-10, 1999.
- CAPURRO, H.; KONICHEVIZKY, S.; FONSECA, O.; CALDEYRO-BARCIA, R. – A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. **J. Ped.**, **93**:120-4, 1978.
- CECATTI, J.G.; PEREIRA, R.I.C.; OLIVEIRA, A.S.; CECARELLI, M.J. - Analgesia peridural para o trabalho de parto e para o parto: efeitos da adição de um opióide. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **20**:325-31, 1998.
- CECATTI, J.G.; BESTETI PIRES, H.M.; GOLDENBERG, P. - Cesárea no Brasil: um direito de opção? In: GALVÃO, L. & DÍAZ, J. - **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. Campinas, Editora Hucitec, Population Council, 1999. p.237-58,
- CECATTI, J.G.; ANDREUCCI, C.B.; CACHEIRA, P.S.; PIRES, H.M.B.; PINTO E SILVA, J.L.; AQUINO, M.M.A. – Fatores associados à realização de cesárea em primíparas com uma cesárea anterior. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **22**:175-9, 2000.
- CECATTI, J.G.; AQUINO, M.M.A.; PARPINELLI, M. A . - A indução do trabalho de parto na pós-maturidade. **Femina**, **9**:589-93, 2001.

- CRAGIN, E. – Conservatism in obstetrics. *N.Y. Med. J.*, **104**:1-3, 1916.
- CUNHA, A.A.; PORTELA, M.C.; AMED, A. M.; CAMANO, L. - Modelo preditivo para cesariana com uso de fatores de risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, **24**:21-8, 2002.
- D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; BARBOSA, G.P.; ANGULO-TUESTA, A. J.; GAMA, A.S.; PESSOA, L.G.; SHIRAIWA, T.; FONSECA, M.J.M. - Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, **97**:152-7, 2001.
- EPI INFO: version 6.04b. **Atlanta, centers for disease control and prevention**, 1997.
- FABRI, R. H. & MURTA, E. F. C. – Tipos de parto e forma de assistência médica em Uberaba-MG. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, **21**:99-104, 1999.
- FAÚNDES, A. & CECATTI, J.G. – Which policy for cesarean sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. *Health Policy. Plan.*, **8**:33-42, 1993.
- FAÚNDES, A. & PERPÉTUO, I. H. O - Cesárea por conveniência e a ética médica. **Ser médico**. Publicação do Conselho Regional de Medicina, 19: 32-4, 2002.
- FLAMM, B.L.; LIM, O.W.; JONES, C.; FALLON, D.; NEWMAN, L.A.; MANTIS, J.K. – Vaginal birth after cesarean section: results of a multicenter study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **158**:1079-84, 1988.
- FLAMM, B.L.; GOINGS, J.R.; YUNBAO LIU, C.N.M.; WOLDE-TSADIK, G. - Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet. Gynecol.*, **83**:927-32, 1994.

- FLAMM, B.L. – Once a cesarean, always a controversy. *Obstet. Gynecol.*, **90**:312-5, 1997.
- FLAMM, B.L. & GEIGER, A. M. - Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet. Gynecol.*, **90**:907-10, 1997.
- FRANCOME, C.; SAVAGE, W.; CURCHILL, H.; LEWISON, H. - **Cesarean birth in Britain**. London, Middlesex University Press, 1993. 200p.
- GENTILE DE MELLO, C. - Privatização e produtividade dos serviços de saúde - pesquisa setorial sobre a incidência de cesárea. *Rev. Paul. Hosp.*, **10**:3-11, 1969.
- GENTILE, F.P.; NORONHA FILHO, G.; CUNHA, A.A.. - Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. *Cad. Saúde Públ.*, **13**:221-6, 1997.
- GREGORY, K.D.; KORST, L.M.; CANE, P.; PLATT, L.D.; KAHN, K. - Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. *Obstet. Gynecol.*, **94**:985-9, 1999.
- HANNAH, M.E.; HANNAH, W.J.; HEWSON, S.A .; HODNETT, E.D.; SAIGAL, S.; WILLAN, A .R. - Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet*, **356**: 1375-83, 2000.
- HARDY, E.; OSIS, M.J.D.; FAUNDES, A .; ALVES, G.; PINOTTI, J..A . - A laqueadura tubárea precoce e durante cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, **4**:70-6, 1993.

- HIBBARD, L.T. – Changing trends in cesarean section. ***Am. J. Obstet. Gynecol.***, **125**:798-804, 1976.
- HIBBARD, L.T.; ISMAIL, M.A .; WANG, Y.; TE, C.; KARRISON, T.; ISMAIL, M.A - Failed vaginal birth after cesarean section: How risk is it? ***Am. J. Obstet. Gynecol.***, **184**:1365-73, 2001.
- HILL,D.A .; CHEZ, R.A .; QUINLAN, J.; FUENTES, A .; LaCOMBE, J. - Uterine rupture and dehiscence associated with intravaginal misoprostol cervical ripening. ***J. Reprod. Med.***, **45**:823-6, 2000.
- HOFMEYR, G.J.& GULMEZOGLU, A.M. - Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour (Cochrane Review). ***Cochrane Database Syst. Rev.*** **3**:CD000941, 2001.
- HOPKINS, K. - Are brazilian women really choosing to deliver by cesarean? ***Soc. Sci. Med.***, **51**:725-40, 2000.
- IMPEY, L.; MACQUILLAN, K. ; ROBSON, M. - Epidural analgesia need not increase operative delivery rates. ***Am. J. Obstet. Gynecol.***, **182**:358-63, 2000.
- JAKOBI, P.; WEISSMAN, A.; PERETZ, A. B.; HOCHERMAN, I. – Evaluation of prognostic factors for vaginal delivery after cesarean section. ***J. Reprod. Med.***, **38**:729-33,1993.
- KATZ, V. L & CEFALO, R.C. – History and evolution of cesarean delivery. In PHELAN, J.P & CLARK, S. L. ***Cesarean delivery***. New York, Elsevier Science Publishing Co., 1988. p. 1-18.

- KAVANAGH, J.; KELLY, A.J. ; THOMAS, J. - Hyaluronidase for cervical priming and induction of labour. **Cochrane Database System Review**, (2):CD003097, 2001.
- KENYON, S.; BOULVAIN, M.; NEILSON, J. - Antibiotics for preterm premature rupture of membranes. **Cochrane Database System Review**, (4): CD001058, 2001.
- LYDON-ROCHELLE, M.; HOLT, V. L.; EASTERLING, T.R.; MARTIN, D.P. - Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. **N. Engl. J. Med.** 345:3-8, 2001.
- MAIA FILHO, N.L.; TEDESCO, R. ; MATHIAS, L. - Conduta expectante na rotura prematura das membranas em gestações com mais de 36 semanas. **Ginecol. Obstet. Atual**, 8:8-11, 2000.
- MAIA FILHO, N.L. & MATHIAS, L. - Cesárea anterior e prova de trabalho de parto: alterando as tendências. **Ginecol. Obstet. Atual**, 11/12:11-13, 2001.
- MARQUES, C.P.; ARAKAKI, L. ; BELFORT, P. – Operação cesariana – A propósito de suas indicações e índices. **Femina** 17:290-302, 1989.
- MARSHAK, J.D.; COOPERMAN, B.S.; FRIED, W.B.; SHI, Q. - Prognostic indicators for successful vaginal birth after cesarean delivery. **Obstet. Gynecol.**, 95:312-5, 2000.
- MARTINELLI, S.; BITTAR, R.E. ; ZUGAIB, M. - Proposta de nova curva de altura uterina para gestações entre a 20<sup>a</sup> e a 42<sup>a</sup> semana. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 23:235-41, 2001.
- MATHIAS, L.; PASCHOAL, P.S.; AMORIM, A.L.; LESSA, D.V. – Prognóstico obstétrico de gestante com cesárea anterior. **Gin. Obst. Bras.**, 5: 193-8, 1982.

- MAUAD, F.F. – Probabilidade de paciente com cesárea ter parto vaginal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **9**:9-11, 1987.
- McMAHON, M.J.; LUTHER, E.R.; BOWES, W.A. ; OLSHAM, A .F. -  
Comparision of a trial of labor with an elective second cesarean section.  
**New Eng. J. Med.**, **335**:689-95, 1996.
- McMAHON, M.J. – Vaginal birth after cesarean. **Clin. Obst. Gyn.**, **41**:369-81,  
1998.
- MILLER, D. A.; DIAZ, F.G.; PAUL, R.H. – Vaginal birth after cesarean: a 10-year  
experience. **Obstet. Gynecol.**, **84**:255-8, 1994.
- MORAES, M.S.& GOLDENBERG, P. - Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cad.  
Saúde Públ.**, **17**:509-19, 2001.
- MOZURKEWICH, E.L. & HUTTON, E.K. - Elective repeat cesarean delivery  
versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999.  
**Am. J. Obstet. Gynecol.**, **183**:1187-97, 2000.
- MUYLDER, X. – Cesarean sections in developing countries: some  
considerations. **Health Policy Plann.**, **8**:101-12, 1993.
- NAHOUM, J.C. – Futuro obstétrico da paciente operada de cesárea. **Femina**,  
**89**:605-10, 1989.
- O'DRISCOLL, K. & FOLEY, M. – Correlation of decrease in perinatal mortality  
and increase in cesarean section rates. **Obstet. Gynecol.**, **61**:1-5, 1983.
- OSIS, M.J.D.; FAUNDES, A.; SOUSA, M.H.; BAILEY, P. - Conseqüências do  
uso de métodos anticoncepcionais na vida das mulheres: o caso da  
laqueadura tubária. **Cad. Saúde Públ.**, **15**:521-32, 1999.

- PEIPERT, J.F. & BRACKEN, M.B. - Maternal age: an independent risk factor for cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.*, **81**:200-5, 1993.
- PETITTI, D.; OLSON, R. O.; WILLIAMS, R. L. – Cesarean section in California – 1960 through 1975. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **133**:391-7, 1979.
- PICKHARDT, M. G.; MARTIN, J. N.; MEYDRECH, E. F.; BLAKE, P. G.; MARTIN, R. W.; PERRY, K. G.; MORRISON, J. C. - Vaginal birth after cesarean delivery: are there useful and valid predictors of success or failure? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **166**:1811-9, 1992.
- PINTO e SILVA, J.L. - Gravidez na adolescência: desejada versus não desejada. *Femina*, **26**:825-30, 1998.
- PIRES, H.; CECATTI, J.G. ; FAÚNDES, A. – Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev. Saúde Públ.*, **33**:342-8, 1999.
- PIRES, H. - **O impacto das altas taxas de cesárea sobre a fecundidade de uma população. Um estudo de coorte retrospectivo em Campinas, Brasil.** Campinas, 2000. [Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas].
- POMA, P.A . - Cervical ripening. A review and recommendations for clinical practice. *J. Reprod. Med.* **44**:657-68, 1999.
- POTTER, J.E.; BERQUÓ, E.; PERPÉTUO, I.H.O.; LEAL, O.F.; HOPKINS, K.; SOUZA, M.R.; FORMIGA, M.C.C. - Unwanted cesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *Br. Med. J.*, **323**:1155-8, 2001.
- RATTNER, D. - Sobre a hipóteses de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Públ.*, **30**:19-33, 1996.

- RAYBURN, W.F. - Prostaglandin E2 gel for cervical ripening and induction of labor: A critical analysis. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **160**: 529-34, 1989.
- REZENDE, J. - **Obstetrícia**. 5ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1987, p.834.
- RISKIN-MASHIAH, S. & WILKINS, I. - Apagamento cervical. **Clín. Obstét. Ginecol. Am. Norte**, **26**:249-64,1999.
- ROCHA, J.E.S.; DUARTE, G.; CUNHA, S.P.; NOGUEIRA, A.A.; MAUAD FILHO, F. - Antibioticoprofilaxia com ampicilina na rotura prematura das membranas, estudo randomizado e duplo cego. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **21**:251-8,1999.
- ROSEN, M.G. & DICKINSON, J.C. - Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of indicators for success. **Obstet. Gynecol.**, **76**:865-9, 1990.
- ROSEN, M.G.; DICKINSON, J.C.; WESTHOFF, C.L. – Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. **Obstet. Gynecol.**, **77**:465-70, 1991.
- SABATINO, H. - **Como simplificar a informatização de uma sala de parto**. Série: Saúde da Mulher. Campinas. Editora da UNICAMP. 1988. 232 p.
- SANCHEZ-RAMOS, L.; KAUNITZ,A.M.; DEL VALLE, G.O.; DELKE, I.; SCHROEDER, P.; BRIONES, D. - Labor induction with the prostaglandin E1 methyl analogue misoprostol versus oxytocin: a randomized trial. **Obstet. Gynecol.**, **81**:332-6, 1993.
- SANDMIRE, H.F. & DeMOTT, R.K. – The Green Bay cesarean section study, IV. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates for the large fetus. **Am. J. Obstet. Gynecol.** **170**:1557-64, 1996.

- SCHWARCZ, R.; DÍAZ, A .G.; FESCINA, R.; BELITZKY, R.; DE MUCIO, B.; DELGADO, L.; DÍAZ ROSSELÓ, J.L. - Atenção pré-natal e do parto de baixo risco. **Publicação Científica do CLAP (Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano) N° 1321.03**, 1996. p.40.
- SHEARER, E. – Cesarean section: medical benefits and costs. **Soc. Sci. Med.**, **37**:1223-31, 1993.
- SILVER, L.D. - **Monitoramento e avaliação rotineira da qualidade e distribuição da assistência obstétrica hospitalar: estudo do potencial do sistema de informação existente**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. 1996. 155p.
- SKOV, T.; DEDDENS, J.; PETERSEN, M.R.; ENDAHL, L. - Prevalence proportion ratios: estimation and hypotesis testing. **Int. J. Epidemiol.**, **27**: 91-5, 1998.
- TABORDA, W.C.; ROCHA, N.S.C.; ESCOBAR, K.; AMED, A.M.; BERTINI, A.M.; CAMANO, L. - Via de parto do feto morto em gestante com cesariana prévia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **17**:545-51, 1995.
- TEDESCO, R.P.; MAIA FILHO, N.L.; CECATTI, J.G.; ANDREONI, R. - Comparação entre a conduta ativa com ocitocina e conduta expectante na rotura prematura de membranas em gestações a termo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **20**:495-501, 1998.
- TORLONI, M.R.; MORON, A. F. ; CAMANO, L. - Placenta prévia: fatores de risco para o acretismo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **23**:417-22, 2001.
- WEINSTEIN, D.; BENSHUSHAN, A . ; TANOS, V.; ZILBERSTEIN, R.; ROJANSKI, N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. **Am. J. Obstet. Gynecol.** **174**:192-8, 1996.

- WHO (World Health Organization) - Appropriated technology for birth. **Lancet** **2**:436-7, 1985.
- WING, D. A . ; LOVETT, K. ; PAUL, R.H. - Disruption of prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous cesarean delivery. **Obstet. Gynecol.**, **91**:828-30, 1998.
- YAZLLE ROCHA, J.S.; ORTIZ, P.C.; FUNG, Y.T. – A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto. **Rev. Paul. Med.**, **104**:167-71, 1986.
- YAZLLE, M.E.H.D.; YAZLLE ROCHA, J.S.; MENDES, M.C.; PATTA, M.C.; MARCOLIN, <sup>a</sup>C.; AZEVEDO, G.D. - Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev.. Saúde Públ.**, **35**:39-46, 2001.
- ZHANG, J.; YANCEY, M.K.; KLEBANOFF, M.A .; SCHWARZ, J.; SCHWEITZER, D. - Does epidural analgesia prolong labor and increase risk of cesarean delivery? A natural experiment. **Am. J. Obstet. Gynecol.** **185**:128-34, 2001.
- ZLATNIK, F.J. - Conduta nos casos de rotura prematura das membranas no termo. **Clín. Obstét. Am. Norte**, **2**:383-95, 1992.

## **8. Bibliografia de Normatizações**

---

FRANÇA, J.L.; BORGES, S.M.; VASCONCELLOS, A.C.; MAGALHÃES, M.H.A.  
– **Manual para normatização de publicações técnico-científicas**. 4<sup>a</sup> ed.,  
Editora UFMG, Belo Horizonte, 1998. 213p.

HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses.  
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.

Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses. Faculdade  
de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD – Deliberação CCPG-001/98.

# 9. Anexos

---

## 9.1. ANEXO 1 – Parecer da Comissão de Ética



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
✉ Caixa Postal 6111  
13083-970 Campinas-S.P.  
☎ 0 19 37888936  
fax 0 19 37888925  
✉ [cep@head.fcm.unicamp.br](mailto:cep@head.fcm.unicamp.br)

CEP, 10/07/01  
(Grupo III)

**PARECER PROJETO: N° 124/2001**

### **I-IDENTIFICAÇÃO:**

**PROJETO: “VIA DE PARTO EM MULHERES COM UMA CESÁRIA ANTERIOR:  
EXPERIÊNCIA DA UNICAMP, 1986-1998”**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Jacinta Pereira Matias

INSTITUIÇÃO: Departamento de Tocoginecologia/FCM/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 20/06/2001

### **II - OBJETIVOS**

Analisar as condições do parto em mulheres cujo único parto anterior tenha sido por cesárea, atendidas no seu segundo parto na maternidade do CAISM/UNICAMP.

### **III - SUMÁRIO**

No estudo será compreendido o período de 1986 a 1998. As variáveis de interesse para o estudo serão obtidos a partir de um banco de dados do CAISM/UNICAMP. Trata-se de um estudo de corte transversal, em séries temporais. Será utilizada análise univariada e análise de regressão para avaliar o comportamento das taxas de cesárea ao longo do período.

### **IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES**

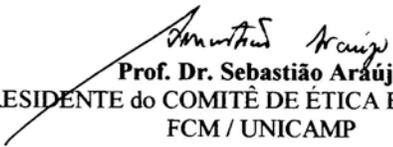
O projeto está de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS-MS e com as normas éticas estabelecidas.

#### **V - PARECER DO CEP**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e 251/97, bem como ter aprovado todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

#### **VI - DATA DA REUNIÃO**

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 10 de julho de 2001.

  
**Prof. Dr. Sebastião Araújo**  
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP



**CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0		
50	TIPO DE RUPTURA DE MEMBRANAS	R.E.M. PREMATURA	R.E.M. ATÉ 5 cm	R.E.M. 5 - 9 cm	R.E.M. > 9 cm	RUPTURA ALTA	R.A.M. ATÉ 5 cm	R.A.M. 5 - 9 cm	R.A.M. > 9 cm	CESÁREA COM MEMBR. INTEGRAS	PARTO FORA DO SERVIÇO	1 G N 50
51	ESTADO DO LÍQUIDO OVULAR	CLARO	LIGEIRAMENTE TINGIDO DE MECÔNIO	TINGIDO DE MECÔNIO	MECÔNIO ESPESSE	MECÔNIO ANTIGO	HEMORRÁGICO	FURULENTO	COM MAU CHEIRO	HEMOR + MECÔNIO	INFECÇÃO + MECÔNIO	1 G N 51
52	QUANT. LÍQUIDO OVULAR	NORMAL	OLIGO-AMNIO	POLI-DRAMNIO	-	-	-	-	-	-	-	1 G N 52
53	B. C. F. (ANTOJAR 0 + GRAVE)	NORMAL (120 - 180)	DIP I	TAQUICARDIA (180 ou +)	DIP UMBELICAL	DIP II	BRADICARDIA SUS-TENTADA	DESAP FOCO SEM SINAIS SOFRIMENTO	DESAP FOCO COM SINAIS SOFRIMENTO	AUSENTE NA ADMISSÃO	DESAP FOCO DUR MANOBR	1 G N 53
54	Nº TOQUES DESDE RUPTURA DE MEMBRANAS	1 OU NENHUM	2	3	4	5	6	7	8	9 ou +	COM MEMBR. INTEGRAS OU PARTO FORA DO SERVIÇO	1 G N 54
55	ANALGESIA NO PER. DILATAÇÃO	SEM	MEPERID OU BENZODIAZ	BLOQ. EPID SIMPLES OU CONTIN.	BLOQ. RAQ. BAIXO OU ALTO	MEPER. OU BENZOD. + BLOQ. EPID.	MEPER. OU BENZOD. + BLOQ. RAQ.	BLOQ. EPID. + BLOQ. RAQ.	MEPER. OU BENZOD. + BLOQ. EPID. + BLOQ. RAQ.	MEPER. OU BEN. OU EP. OU RAQ. + OUTRAS	OUTRAS	1 G N 55
56	HORAS ANALG. ANTES EXPULSIVO	SEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ou +	1 G N 56
57	INDICAÇÃO DE OCITOCINA	SEM OCITOCINA	GRAVIDEZ PROLONGADA	AMNIORREXE PREMATURA	INFECÇÃO OVULAR	DIABETES	CONDUÇÃO DE PARTO	TOXEMIA	ÓBITO FETAL	8 H (- 1)	OUTRAS	1 G N 57

**CODIFICAÇÃO DE DADOS SOBRE O PARTO**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	v	
58	HORA PARTO	00:00-03:59	04:00-07:59	08:00-11:59	12:00-15:59	16:00-19:59	20:00-23:59	PARTO FORA DO SERVIÇO	-	-	1 G N 58	
59	FORMA DE INÍCIO DE PARTO	ESPONTÂNEA	INDUÇÃO OCITOLÓGICA PURA	CESÁREA ELETIVA	INDUÇÃO OCITOLÓGICA POS SENSIB ESTHOGÊNICA	KRAUSE	ABUREL	INDUÇÃO OCITOLÓGICA + ABUREL	PROSTAGIANDINAS	OUTRAS	1 G N 59	
60	FORMA DE TERMINO DE PARTO	ESPONTÂNEO	ASSISTIDO EM PÉLVICA	EXTRAÇÃO PÉLVICA	GRANDE EXTRAÇÃO PÉLVICA	FÓRCIPE	VÁCUO	VÁCUO + FÓRCIPE	FÓRCIPE PRAG. + CESÁREA	VÁCUO + CESÁREA	CESÁREA	1 G N 60
61	APRESENTAÇÃO	VÉRTICE	FACE	FRONTE	CEFÁLICA INDEFINIDA	PÉLVICA COMPLETA	PÉLVICA INCOMPLETA	PÉLVICA INDEFINIDA	CORMICA	OBLÍQUA	OUTRA	1 G N 61
62	VARIADADE DE POSIÇÃO	E A	E T	E P	D A	O T	O P	PUBICA	SACRA	CESÁREA SEM DIAG	OUTRAS	1 G N 62
63	DURAÇÃO PERÍODO DILAT.	SEM PERÍODO DILAT.	ATÉ 3 HORAS	ATÉ 6 HORAS	ATÉ 9 HORAS	ATÉ 12 HORAS	ATÉ 15 HORAS	ATÉ 18 HORAS	ATÉ 21 HORAS	ATÉ 24 HORAS	+ DE 24 HORAS	1 G N 63
64	TEMPO DESDE ADMISSÃO ATÉ AO PARTO	ATÉ 30 min.	ATÉ 1 HORA	ATÉ 3 HORAS	ATÉ 6 HORAS	ATÉ 12 HORAS	ATÉ 18 HORAS	ATÉ 21 HORAS	+ DE 24 HORAS	ADMISSÃO POR GRAVIDEZ PATOL.	PARTO FORA DO SERVIÇO	1 G N 64
65	TEMPO DESDE R.M. AO PARTO	ATÉ 3 HORAS	ATÉ 6 HORAS	ATÉ 12 HORAS	ATÉ 18 HORAS	ATÉ 24 HORAS	ATÉ 36 HORAS	ATÉ 48 HORAS	+ de 48 HORAS	CESÁREA COM M I PARTO FORA SERVIÇO	COM MEMBRANA INTEGRA	1 G N 65
66	DURAÇÃO PERÍODO EXPULSIVO (min)	CESÁREA S/EXPULSIVO	ATÉ 5 min.	ATÉ 10 min.	ATÉ 20 min.	ATÉ 30 min.	ATÉ 45 min.	ATÉ 60 min.	ATÉ 75 min.	ATÉ 90 min.	+ DE 90 min.	1 G N 66
67	PRINCIPAL INDICAÇÃO DE CESÁREA	01 PARTO VAGINAL	02 SOFRIMENTO FETAL	03 DESP. CEF. PÉLVICA	04 CONDILOMATOSE	05 PELVICA OU CORMICA	06 OUTRAS DIST. APRES.	07 PLACENTA PREVIA	08 GRAVIDEZ PROLONG.	09 INFECÇÃO OVULAR	10 SENSIB FATOR RH	1 G N 67
68	INDICAÇÃO DE CESÁREA	11 TOXEMIA	12 ANT. CES.	13 ACIDENTE CORDÃO	14 PRIMIPARA TARDIA	15 ANT. INFER. OU ESTER.	16 DIABETES	17 DIST. DE PARTE MOLE	18 D P P	19 SEM INDICAÇÃO	20 OUTRAS	1 G N 68
69	ANESTESIA PARA EXP OU INTERVENÇÕES	SEM	GERAL	RAQUÍDEA	EPIDURAL SIMPLES	EPIDURAL CONTÍNUA	PUDENDA	LOCAL	CAUDAL	C/ANEST. DESDE PREPARTO	OUTRAS	1 G N 69
70	FÓRCIPE OU VÁCUO	SEM	ALÍVIO	DISTOCIA ROTACÃO	DISTOCIA PROGRESSIVA	ABREVIACÃO PERÍODO EXPULSIVO	CABECA DERRADEIRA	FÓRCIPE NA CESÁREA	-	-	OUTROS	1 G N 70
71	OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MENORES	SEM	EPISIORRAFIA	SUTURA DO COLO	EPISIORRAFIA + SUT. DO COLO	SUTURA DESGARR. VAGINAL	SUT. DESO. VAS. + SUT. DO COLO	SUTURA DESO. VAG. + SUT. DO COLO + EPISIOR	-	-	OUTRAS	1 G N 71
72	OPERAÇÕES COMPLEMENTARES MAIORES	SEM	ESTERELIZ. INTRA-PARTO	ESTERELIZ. POS-PARTO IMEDIATO	SUTURA RUPTURA UTERINA	HISTEREC SUB-TOTAL	HISTEREC TOTAL	LISADURA HIPOGÁSTRICA	SUT. RUPTURA UTERINA + ESTERELIZ.	-	OUTROS	1 G N 72
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	v

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

DEQUITAÇÃO

(73) DURAÇÃO \_\_\_\_\_

(74) PESO \_\_\_\_\_

COMPLETA	ADER ANORMAIS	INCOMPLETA	ACRETA
----------	---------------	------------	--------

SEM REVISÃO	CURAGEM	CURETAGEM
-------------	---------	-----------

OBSERVAÇÕES (ACIDENTES, ANOMALIAS PLACENTARIAS, INTERVENÇÕES, etc.) \_\_\_\_\_

MÉDICO \_\_\_\_\_

**CODIFICAÇÃO DE DADOS DA DEQUITAÇÃO**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	v	
73	DURAÇÃO (min)	1 a 9	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 ou +	CESÁREA	FORA SERVIÇO	1 G N 73
74	PESO PLACENTA (g)	200 - 299	300 - 399	400 - 499	500 - 599	600 - 699	700 - 799	800 - 899	900 - 999	1000 ou +	FORA SERVIÇO	1 G N 74
75	TIPO DEQUITAÇÃO	NATURAL	DIRIGIDO	CREDE	EXTRAÇÃO MANUAL	CURAGEM	EXTR. MAN + CURAGEM	EXTR. C/ INV. UTER.	HISTER. POR PLAC. ACRETA	HISTEREC EM BLOCO	OUTRAS	1 G N 75
76	CORDÃO	NORMAL	CIRCULAR SIMPLES	CIRCULAR DUPLA	MAIS DE DUAS	Nº	PROLAP. CORDÃO	PROCIÊNCIA	BREVIDADE	CIRCULAR + Nº	OUTRAS	1 G N 76

F 0 2 1 77 60

TEBORG - CASER

ADMITIDA PARA PARTO DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO GERAL**

Motivo de consulta \_\_\_\_\_

EST. GERAL \_\_\_\_\_

PULSO \_\_\_\_\_ P.A. \_\_\_\_\_ T. AXILAR \_\_\_\_\_

CABEÇA E PESCOÇO \_\_\_\_\_

TÓRAX (mamas, coração, pulmões) \_\_\_\_\_

PESO HABITUAL	_____
PESO NO INGRESSO	_____
DIFERENÇA PONDERAL	_____

ALTURA 

			37
			39

SEM. DE AMENORRÉIA 

		40
		41

DIFERENÇA PONDERAL 

1 - IGUAL		42
2 - AUMENTOU		
3 - PERDEU		

DIFERENÇA PONDERAL : Kg 

		43
		44

ABDOMEM \_\_\_\_\_

EXTREMIDADES \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	6	
EDEMA	SEM	MAIOLAR	TIBIAL	ABDOMEM	ANASARCA	IGNORADO	45

OUTROS DADOS \_\_\_\_\_

INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ RUTURA DA BOLSA DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

T	ESTADO DO COLO	DILAT.	MEB. E LIG. OVULAR	APRESENTAÇÃO	VARIÉD POSIC.	PLANO	PROMONTORIO	C. DIAG.	C. VERA	ESP. CIÁTICAS	FOCO
V											
R											

OUTROS DADOS \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS DE ADMISSÃO	INDICAÇÕES NA ADMISSÃO E PLANO DE ASSISTÊNCIA	NOME RESPONSÁVEL

PARTO: HORA \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MÊS \_\_\_\_\_ ANO 

		48
		49

(83) DURAÇÃO P. DILATAÇÃO \_\_\_\_\_ (84) T. ADMISSÃO AO PARTO \_\_\_\_\_ (85) T. R. M. PARTO \_\_\_\_\_ (86) DURAÇÃO P. EXPULSIVO \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES (DISTOCIAIS, ACIDENTES, INTERVENÇÕES, etc.): \_\_\_\_\_

PARTO ATENDIDO POR \_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL (LETRA DE FORMA)



### 9.3. ANEXO 3- Tabelas

**TABELA 13**

**Distribuição anual da forma de início de parto para a forma de término de parto (frequências relativas), UNICAMP, 1986-1998**

Ano	nºde mulheres	PTP para cesárea (%)	PTP para PV (%)	Cesárea Eletiva
1986	115	40,0	37,3	22,6
1987	203	32,0	49,7	18,2
1988	148	41,9	33,8	24,3
1989	178	36,5	45,5	18,0
1990	178	38,7	48,9	12,3
1991	254	38,2	39,4	22,4
1992	240	40,6	43,7	17,5
1993	228	38,7	49,5	13,1
1994	121	18,2	68,6	13,2
1995	72	31,9	59,7	8,3
1996	109	40,4	56,0	3,7
1997	102	26,5	65,7	7,8
1998	120	27,5	67,5	5,0
Total	2068	35,3	49,1	15,6

**TABELA 14**

**Distribuição das mulheres segundo antecedentes obstétricos, de acordo com a realização de cesárea eletiva ou PTP**

Antecedente obstétricos	CESÁREA ELETIVA		PTP		p
	n	%	n	%	
Ausente	178	55,3	1170	67,0	-
S. Hipertensiva	79	0,3	215	12,3	0,000001
Metrorragia durante a gravidez	6	1,9	43	2,5	0,84
Gravidez prolongada	10	3,1	40	2,3	0,16
Malformação congênita	2	0,6	12	0,7	0,57
Infecção puerperal	1	0,3	10	0,6	0,56
Polidrâmnio	3	0,9	6	0,3	0,07
Partos prematuros	5	1,5	44	2,5	0,54
Outros	23	7,1	111	6,3	0,2
Ign	15	4,6	95	5,4	-
Total	322	100,0	1746	100,0	-

**TABELA 15**

**Distribuição das mulheres segundo antecedentes mórbidos,  
de acordo com a realização de cesárea eletiva ou PTP**

Antecedente mórbido	CESÁREA ELETIVA		PTP		p
	n	%	n	%	
Ausente	183	56,8	1047	60,0	-
TBC	1	0,3	3	0,17	0,47
Sífilis	-	-	21	1,2	0,03
Diabetes	9	2,8	12	0,7	0,0004
Cardiopatía	7	2,2	57	3,2	0,38
Infecção urinária	20	6,2	196	11,2	0,02
S. hipertensiva	34	10,5	69	3,9	0,000001
Sequela óssea pélvica ou de membros inferiores	3	0,9	6	0,3	0,12
Cirurgia abdominal	22	6,8	133	7,6	0,02
Outros	30	9,3	139	8,0	0,32
Ign	13	4,0	63	3,6	-
Total	322	100,0	1746	100,0	-

**TABELA 16**

**Distribuição das mulheres segundo a indicação de indução ocitológica  
do parto, de acordo com a forma de resolução do parto após a PTP**

Indicação da indução ocitológica do parto	PTP			
	Cesárea		PVAC	
	n	%	n	%
Amniorrexe prematura	44	68,7	20	31,25
Gravidez prolongada	25	72,2	11	30,5
S. Hipertensiva	12	75,0	4	25,0
Diabetes	3	-	-	-
Óbito fetal	-	-	6	-
Infecção ovular	-	-	1	-
Imunização Rh	1	50,0	1	50,0
Outras	11	73,3	4	26,7
Total	96		47	