

Fatores Associados à Realização de Cesárea em Primíparas com uma Cesárea Anterior

Factors Associated with Cesarean Section in Primipara Women with One Previous Cesarean Section

José Guilherme Cecatti, Carla Betina Andreucci, Pilar Souza Cacheira, Helaine Maria Besteti Pires, João Luiz Pinto e Silva, Márcia Maria Auxiliadora de Aquino

RESUMO

Objetivo: *avaliar a via de parto em um grupo de gestantes primíparas de baixa renda com uma cesárea anterior e os fatores associados à repetição da cesárea no segundo parto.*

Pacientes e Métodos: *realizou-se um estudo caso-controle com 356 gestantes atendidas de janeiro de 1993 a janeiro de 1996 na Maternidade do CAISM/UNICAMP. Constituíram os casos as 153 gestantes que tiveram o segundo parto por cesárea, e os controles, as 203 que tiveram o segundo parto vaginal. Para a análise utilizaram-se médias, desvio padrão, teste t de Student, teste de Mann-Whitney, χ^2 e "odds ratio" (OR) e IC 95% para cada possível fator associado à realização de cesárea no segundo parto.*

Resultados: *a via do segundo parto foi vaginal em 57% das vezes. Dentre as diversas variáveis estudadas, as que mostraram estar significativamente associadas à realização de cesárea no segundo parto foram: maior idade materna (para mulheres com 35 anos ou mais, OR = 16,4), antecedente de abortamento (OR = 2,09), indução do trabalho de parto (OR = 3,83), rotura prematura de membranas (OR = 2,83), a não-realização de analgesia durante o período de dilatação (OR = 5,3), o diagnóstico de algum sinal de vitalidade fetal alterada (OR = 2,7) e a ocorrência do parto à tarde (OR = 1,92).*

Conclusões: *os resultados indicam que os fatores associados à repetição de cesárea em mulheres com uma cicatriz de cesárea nesta população são predominantemente médicos, mas há a possibilidade de se proporem intervenções dirigidas a diminuir o índice de repetição de cesáreas.*

PALAVRAS-CHAVE: *Cesariana. Analgesia de parto. Trabalho de parto.*

Introdução

Historicamente a cesárea surgiu como alternativa para situações extremas, como recurso para salvar a vida do conceito ou da mãe¹. Até o final do século XIX, as estatísticas mundiais mostravam sobrevida materna à operação cesariana que não ultrapassava 50%². A partir do início da segunda metade deste século, as técnicas ci-

Departamento de Tocoginecologia, Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas

Correspondência:

JG Cecatti

Rua Alexander Fleming, 101

13081-970 - Campinas - SP

Fax: (19)788-9304

rúrgicas e de retaguarda evoluíram para oferecer significativa melhoria dos resultados obstétricos maternos e perinatais, o que causou um rápido aumento no número de indicações de parto abdominal.

Durante praticamente toda a década de setenta até quase metade da década de oitenta, supunha-se que a cesariana melhorava o prognóstico perinatal, o que serviu como justificativa para o aumento do número de cesáreas neste período. Hoje já se sabe que os principais determinantes da diminuição da morbimortalidade perinatal em décadas anteriores foram os avanços no tipo, qualidade e disponibilidade dos serviços médicos em geral e dos obstétricos e neonatais em particular, com a melhoria global na atenção à saúde mater-

na, sem relação com a via de parto³.

A resolução do parto mediante uma cesariana é atualmente uma ocorrência comum em quase todos os países do mundo, sobretudo no Brasil, onde o fato ocorre em níveis epidêmicos em algumas regiões. No Rio de Janeiro e em São Paulo, as taxas de cesárea chegam a ultrapassar 50% do total de partos³.

Vários fatores têm sido relacionados à indicação da via de resolução do parto: condição sócio-econômica, indicação médica, opção da parturiente ou do obstetra, condições institucionais e, entre outros, o antecedente de cesárea. Na atualidade podem-se observar as conseqüências resultantes da realização indiscriminada de cesáreas pelo aumento de complicações obstétricas como placenta prévia, infecções, hemorragias e os vários graus de acretismo placentário^{3,4}.

Na atualidade, as indicações para uma cesárea se ampliaram muito, na maior parte das vezes sem justificativa obstétrica adequada. Em 1984, as cesáreas de repetição respondiam por 36% das indicações de cesáreas⁴. Entre 1991 e 1992, 35% das cesáreas realizadas nos Estados Unidos tiveram como principal indicação o antecedente de cesárea⁵.

A justificativa para a realização de uma cesárea em paciente com cesárea anterior é bastante antiga, porém não apresenta substrato obstétrico na atualidade. Vários trabalhos mostram boas chances de sucesso e praticamente ausência de riscos maternos e fetais com a realização de parto vaginal nesta condição^{2,6,7}.

A realização da prova de trabalho de parto em gestantes com cesárea anterior é procedimento seguro, com boas chances de sucesso e uma das medidas possíveis para se reduzirem as taxas de repetição de cesárea e os custos, tanto em termos de morbimortalidade materna e perinatal quanto hospitalares, associados à realização de partos abdominais.

Além dos fatores clínicos, outros fatores encontram-se associados à repetição do parto abdominal em mulheres com uma cesárea anterior (que é na atualidade uma das principais indicações de cesárea). Um estudo americano mostrou que algumas características da instituição associam-se a um maior risco de uma segunda cesárea. Mostrou que o risco é significativamente maior nas instituições não-universitárias, privadas e com baixo volume obstétrico⁸. Discute-se também a ausência de enfermeiras obstétricas em algumas instituições como fator associado ao incremento de cesárea⁶.

Fatores inerentes ao médico, como conveniência e insegurança devida à treinamento obstétrico insatisfatório, também se associam ao

maior risco de outra cesárea². Estudo realizado nos Estados Unidos constatou que o médico tem uma influência importante sobre a incidência de cesáreas, perdendo apenas para a nuliparidade⁹.

Além dos fatores relacionados à instituição e ao médico, existem outros fatores não-clínicos associados a um risco maior de outra cesárea. Dizem respeito à mulher e aos seus aspectos culturais. Quanto à mulher, sua preferência por cesárea relaciona-se ao medo da dor e falta de preparo no pré-natal para o parto vaginal. Quanto aos fatores culturais, os conceitos populares de que o parto vaginal leva à perda acentuada da função sexual e de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto do que uma cesárea associam-se também ao maior risco de um parto abdominal².

O objetivo deste estudo foi avaliar a via de parto em gestantes primíparas com uma cesárea anterior e os fatores associados à repetição da cesárea no segundo parto em uma população de baixa renda atendida em hospital público universitário. O conhecimento desses fatores poderá auxiliar na proposta de alternativas que ajudem a reverter a situação atual, colaborando na redução das taxas de cesárea.

Pacientes e Métodos

Trata-se de um estudo do tipo caso-controle realizado na Maternidade do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP), em Campinas, SP. A análise, com dados retrospectivamente coletados, abrangeu o período de janeiro de 1993 a janeiro de 1996, sendo os dados coletados a partir de ficha obstétrica pré-codificada, utilizando um formulário padronizado. Constituíram os sujeitos 356 gestantes primíparas a termo (idade gestacional ≥ 37 semanas), com uma cesárea anterior, admitidas para parto na instituição. Os casos foram 153 gestantes com segundo parto por cesárea, e os controles, 203 gestantes com segundo parto por via vaginal. Foram analisadas a indicação de cesárea neste segundo parto, o índice de Apgar ao 1º e 5º minutos e, como variáveis de controle, o número de consultas de pré-natal, mês de seu início, idade gestacional por ocasião do parto, tempo de rotura de membranas e tempo desde a admissão ao parto. Também foram avaliadas as variáveis independentes potencialmente associadas à decisão pela via do segundo parto: idade materna, situação marital, escolaridade, local do pré-natal, antecedentes mórbidos, uso de ocitocina, dia da semana, antecedente de abor-

tos, analgesia de parto, indução do trabalho de parto, rotura prematura de membranas, alteração da vitalidade fetal e horário do parto. Para a análise estatística utilizaram-se média, DP e teste *t* de Student e Mann-Whitney para variáveis numéricas, χ^2 para variáveis categóricas e estimativa de risco pelo "odds ratio" (OR) e IC 95% para fatores possivelmente associados à realização de cesárea no segundo parto.

Resultados

Repetiu-se o parto cirúrgico em 43% das gestantes, tendo 57% evoluído para parto vaginal. Este foi, portanto, o índice de parto vaginal após cesárea (PVAC) nesta população, independente da indicação da primeira cesárea. As indicações mais fre-

qüentes para cesárea no segundo parto foram: somatória de várias causas, sofrimento fetal, desproporção céfalo-pélvica (DCP), outras distócias, hipertensão arterial, placenta prévia, acidente de cordão e outras (Tabela 1). A média de idade gestacional foi semelhante nos dois grupos (39,4 semanas), da mesma forma que o número de consultas e a época de início do pré-natal. O tempo desde a rotura de membranas até o parto e o tempo da admissão até o parto não apresentaram diferenças significativas em nenhum dos dois grupos (Tabela 2).

A estimativa de risco para o segundo parto por cesárea não foi significativa para algumas variáveis demográficas e da gestação: situação marital estável, baixa escolaridade (até 4 anos), pré-natal fora da instituição, antecedentes maternos mórbidos, partos ocorridos durante o fim-de-semana e o uso de ocitocina (Tabela 3).

Tabela 1 - Distribuição das mulheres que tiveram o segundo parto por cesárea, segundo a indicação.

Indicação	n	%
Somatória (inclui cesárea anterior)	43	28,1
Sufrimento fetal	39	25,5
Desproporção céfalo-pélvica	13	8,5
Outras distócias	13	8,5
Hipertensão arterial	3	2,0
Placenta prévia	2	1,3
Acidente de cordão	2	1,3
Outros	38	25,0
Total	153	100,0

Tabela 2 - Valores médios de algumas variáveis da gravidez e da assistência de pré-natal, segundo a via do segundo parto.

Variáveis	Cesárea Média \pm DP	Vaginal Média \pm DP	p
Nº de consultas de pré-natal	7,3 \pm 3,3	6,8 \pm 2,9	NS*
Mês de início de pré-natal	4,2 \pm 1,9	4,3 \pm 1,9	NS*
Idade gestacional ao nascimento	39,4 \pm 1,9	39,4 \pm 1,8	NS*
Tempo rotura membranas-parto (h)	4,3 \pm 9,5	5,1 \pm 9,7	NS*
Tempo admissão-parto (h)	10,5 \pm 13,4	8,2 \pm 9,2	NS**

* Teste *t* de Student

** Teste de Mann-Whitney

NS, não-significante.

Tabela 3 - Distribuição percentual de algumas variáveis demográficas e da gestação com estimativa de risco para o segundo parto por cesárea.

Variável	Cesárea	Vaginal	OR	IC 95%
Situação marital estável	91,3	89,1	1,29	0,60-2,82*
Baixa escolaridade (até 4 anos)	34,5	26,8	1,44	0,82-2,52*
Pré-natal fora da instituição	58,6	59,5	0,88	0,55-1,40*
Antecedente mórbido (+)	38,6	37,9	1,03	0,65-1,62*
Parto no fim-de-semana	25,5	25,6	0,99	0,60-1,65*
Uso de ocitocina	26,9	27,6	0,96	0,58-1,60*

* Não-significante.

Observou-se um aumento progressivo e significativo no risco do segundo parto por cesárea com o avançar da idade materna. Assim, as mulheres com idade entre 30 a 35 anos tiveram um risco 5,1 vezes maior de cesárea que as com idade abaixo de 20 anos e para as com 35 anos ou

mais, este risco foi 16,4 vezes maior. Da mesma forma, a idade média foi maior no grupo de mulheres com cesárea no segundo parto (Tabela 4). Também foi cerca de duas vezes maior o risco do segundo parto por cesárea com o antecedente de abortos anteriores (Tabela 5).

Tabela 4 - Distribuição percentual da idade materna, com estimativa de risco para o segundo parto por cesárea.

Idade	Cesárea	Vaginal	OR	IC 95%
14-19	6,6	20,3	1,00	Ref
20-24	29,1	37,1	2,41	1,03 - 5,70
25-29	34,4	30,2	3,50	1,51 - 8,28
30-34	16,6	9,9	5,13	1,90-14,15
35+	13,2	2,5	16,40	4,38-67,18
Total (n) *	151	202	-	-
Média ± DP	27,4 ± 6,1	23,9 ± 4,9	T = 5,72	p<0,0001

$\chi^2_{Trend} = 29,02$ $p < 0,00001$
 * Faltam informações para 2 casos e 1 controle

Tabela 5 - Distribuição percentual de algumas variáveis relacionadas ao parto com estimativa de risco para o segundo parto por cesárea.

Variáveis	Cesárea	Vaginal	OR	IC 95%
Antecedente de aborto	28,1	15,7	2,09	1,21-3,62
Não-realização de analgesia	87,2	56,3	5,30	2,94-9,64
Trabalho de parto induzido	19,6	6,0	3,83	1,72-8,64
Rotura prematura de membranas	30,3	13,3	2,83	1,42-5,62
Alterações da vitalidade fetal	58,2	33,9	2,70	1,71-4,27
Parto à tarde (13-18 h)	41,2	26,7	1,92	1,20-3,08

Observou-se ainda um risco cinco vezes maior de parto cesárea entre as gestantes não submetidas à analgesia de parto, quase quatro vezes maior com indução do trabalho de parto, quase três vezes maior com rotura prematura de membranas, 2,7 vezes maior com alterações da vitalidade fetal e quase duas vezes maior com partos ocorridos no período da tarde, entre as 13 e 18 horas (Tabela 5). A porcentagem de baixo índice de Apgar dos recém-nascidos no primeiro minuto de vida foi maior no grupo da cesárea (18,3% e 8,4%, $p < 0,01$), mas esta diferença não foi observada no quinto minuto de vida (1,3% e 0,5%, $p = 0,39$).

Discussão

Este estudo mostrou que, nesta população brasileira de gestantes primíparas de baixa renda e com uma cesárea anterior, os fatores mais importantes que estiveram associados à repetição do parto abdominal foram: idade materna maior do que 19 anos, o antecedente de abortamento, a presença de rotura prematura de membranas, diagnóstico de alguma alteração da vitalidade fetal e algumas variáveis relacionadas à prova de trabalho de parto.

Nesta investigação houve uma tendência estatisticamente significativa de maior risco de ocorrência de um segundo parto cesárea nas mulheres com idade superior a 19 anos e naquelas com antecedente de abortamento. Outro estudo brasileiro realizado em 1998 também encontrou maior risco para outra cesárea nas mulheres com idade a partir de 35 anos¹⁰, e esta é uma tendência conhecida, embora não existam justificativas biológicas claras para explicá-la. Já para o antecedente de abortamento, também associado à decisão pela cesárea no segundo parto, não existe explicação convincente. Uma hipótese exploratória seria talvez a cesárea como consequência à maior valorização dada à gravidez, tanto pela mulher quanto pelo médico, no caso de perdas anteriores.

O risco para ocorrência de uma segunda cesárea nas mulheres do estudo foi quase três vezes maior quando havia rotura prematura de membranas; risco semelhante foi também estimado na presença de alterações da vitalidade fetal. Nesta última situação, deve-se tomar cuidado para que não haja interpretação equivocada dos sinais de vitalidade fetal, devido ao momento ou tempo de realização do exame inadequados e/ou técnica imprópria que levem a um precipitado e errôneo diagnóstico de sofrimento fetal agudo, provavelmente muito frequente no Brasil¹¹.

Este estudo também mostrou que quando a realização do parto ocorreu entre as 13 e as 18 horas houve um risco significativo de ocorrência de cesárea, sendo quase duas vezes maior em relação ao parto vaginal. Isto reitera o papel do médico na decisão de uma cesárea, haja vista a conhecida tendência de não se “passar o plantão” com casos não-resolvidos, que pode estar possivelmente envolvida na decisão do parto abdominal, pelo menos em alguma proporção deles.

Os resultados deste estudo mostraram ainda que variáveis relacionadas à prova de trabalho de parto estiveram fortemente associadas ao risco de uma segunda cesárea. A não-realização de analgesia durante o trabalho de parto associou-se a um risco cinco vezes maior de ocorrência de parto cesárea. Quando houve indução do parto, este risco foi de cerca de quatro vezes. Isto mostra a necessidade de protocolos específicos para prova de trabalho em mulheres com cicatriz uterina prévia que considerem o envolvimento do médico e da mulher na decisão, monitorização do parto, ocitocina em baixas doses, analgesia e vigilância contínua do obstetra, fatores já discutidos por vários outros autores¹². Pickhardt et al.¹³, estudando parto vaginal após cesárea, concluem sobre a necessidade do encorajamento de uma prova de trabalho de parto em todas as mulheres com uma cesárea prévia, ao menos que haja uma forte indicação médica para não realizá-la. Diversos outros autores têm mostrado que esta prova de tra-

balho permite atingir cifras em torno de pelo menos 50% de partos por via vaginal¹¹.

Estudo realizado por Kline e Arias¹⁴ mostrou que indicações médicas e o desejo da mulher respondem por 77,4% das decisões de uma segunda cesárea, enfatizando que o medo da dor e as “inconveniências” de um trabalho de parto associados à lembrança do êxito da primeira cesárea são motivos fortes para a opção por um segundo parto abdominal, apontando para a necessidade de melhor informação sobre os riscos associados a este procedimento.

Este estudo permitiu ainda concluir que, se além dos fatores médicos e obstétricos, vários outros estão associados à realização de cesárea no segundo parto de uma gestante com cesárea anterior, seria razoável propor medidas para favorecer o PVAC, atuando sobre alguns fatores, como permitir a prova de trabalho de parto, realizar analgesia, evitar indução com ocitocina exclusiva e adotar melhores critérios para o diagnóstico de sofrimento fetal e DCP, dentre outros. Isto acabaria tendo um forte impacto na diminuição da incidência de cesárea e, portanto, na incidência das complicações a ela associadas e nos custos hospitalares de sua realização.

Além disso, mostrou ainda que, numa população de baixa renda atendida em hospital público universitário, os fatores não-médicos são menos importantes na decisão por uma segunda cesárea, ao contrário do que foi encontrado estudando-se uma população geral no mesmo município¹⁵.

SUMMARY

Purpose: to evaluate the route of delivery in a group of low-income primipara pregnant women with a previous cesarean section, and the factors associated with the repetition of the cesarean section on the second delivery.

Patients and Methods: it was a case-control study including 356 women who were assisted at the Maternity of CAISM/ UNICAMP during the period between January 1993 and January 1996. The cases were 153 women whose second delivery was through a cesarean section and the controls were 203 women whose second delivery was vaginal. For analysis, means, standard deviation, Student's t-test, Mann-Whitney test, χ^2 test and odds ratio (OR) with 95% CI for each factor possibly associated with cesarean section on the second delivery were used.

Results: the route of the second delivery was vaginal for 57% of the women. Among the several variables studied, those which showed to be significantly associated with a cesarean section on the second delivery were: higher maternal age (for women over 35 years, OR = 16.4), previous abortions (OR = 2.09), induced labor (OR = 3.83), premature rupture of membranes (OR = 2.83), not having an epidural analgesia performed during labor (OR = 5.3), the finding of some alteration in fetal well-being (OR = 2.7) and the delivery occurring during the afternoon (OR = 1.92).

Conclusions: these results indicate that the factors associated with the repetition of cesarean section in women with a previous scar of cesarean section in this population are predominantly medical; however, there is still the possibility of proposing interventions directed to decreasing the rates of repeated cesarean sections.

KEY WORDS: *Cesarean section. Vaginal birth. Risk factors.*

Referências

1. Katz VL, Cefalo RC. History and evolution of cesarean delivery. In: Phelan JP, Clark SL, editores. *Cesarean Delivery*. 1st ed. New York: Elsevier Science Publishing; 1988. p.1-18.
2. Francome C, Savage W, Churchill H, Lewison H. *Caesarean birth in Britain*. 1st ed. London: Middlesex University Press; 1993.
3. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. In: Giffin KM, editor *Mulher e Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1991. p.150-73.
4. Shiono PH, McNellis D, Rhoads GG. Reasons for the rising cesarean delivery rates: 1978-1984. *Obstet Gynecol* 1987; 69:696-700.
5. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: how to reduce the rate. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1903-11.
6. O'Sullivan MJ, Fumia F, Holsinger K, McLeod AG. Vaginal delivery after caesarean section. *Clin Perinatol* 1981; 8:131-43.
7. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994; 83:927-32.
8. Stafford RS. The impact of nonclinical factors on repeat cesarean section. *JAMA* 1991; 265: 59-63.
9. Goyert GL, Bottoms SF, Treadwell MC, Nehra PC. The physician factor in cesarean birth rates. *N Engl J Med* 1989; 320:706-9.
10. Santos LC, Amorim MMR, Porto AMF, Azevedo EB, Mesquita CC. Fatores prognósticos para o parto transvaginal em pacientes com cesárea anterior. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1998; 20:342-9.
11. Faúndes A, Pinto e Silva JL. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. *Femina* 1998; 26:669-73.
12. Morais EN, Mauad Filho F, Gallareta FMP, Spara P. Parto vaginal após cesárea prévia - Uma análise crítica. *Ginecol Obstet Atual* 1998; 7:20-32.
13. Pickhardt MG, Martin JN, Meydrech EF, Blake PG, Martin RW, Perry KG, et al. Vaginal birth after cesarean delivery. Are those useful and valid predictors of success or failure? *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1811-19.
14. Kline J, Arias F. Analysis of factors determining the selection of repeated cesarean section or trial of labor in patients with histories of prior cesarean delivery. *J Reprod Med* 1993; 38:289-92.
15. Pires HMB, Cecatti JG, Faúndes A. Fatores associados à prova de trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev Saúde Públ* 1999; 33:342-8.