

# VIA DE PARTO EM SECUNDIGESTAS COM GESTAÇÃO ÚNICA E A TERMO, APÓS UMA CESÁREA PRÉVIA

## WAY OF DELIVERY IN WOMEN IN SECOND PREGNANCY WITH A SINGLE AND TERM GESTATION, AFTER A PREVIOUS CESAREAN SECTION

Alexandre Vieira dos Santos Moraes<sup>1</sup>, Gabriella Jaime Vieira<sup>2</sup>, Rafael da Silva Vieira<sup>2</sup>, Rayssa Machado Marques<sup>2</sup>, Thiago Hayashida Teles de Carvalho<sup>2\*</sup>.

1. Universidade Federal de Goiás - UFG.
2. Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Anápolis- GO- Brasil.

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar qual a via de parto mais utilizada em secundigestas com uma cesárea prévia. **Métodos:** Realizou-se uma pesquisa descritiva, de natureza retrospectiva com abordagem quantitativa e qualitativa. Foram analisados prontuários de puérperas com gestação única e a termo que deram à luz no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015 em um hospital de médio porte e alta complexidade do município de Anápolis – Goiás. **Resultados:** O estudo realizado mostrou que das 333 gestantes analisadas, 313 (93,99%) realizaram cesariana, enquanto 20 (6,01%) foram submetidas ao parto normal. Observou-se que o principal critério de eleição para o parto cesariano foi cesárea prévia. Além disso, não se constatou diferença estatística significativa de morbimortalidade materna e neonatal entre as vias de parto analisadas. Percebeu-se, porém, que a necessidade de reanimação neonatal foi maior naqueles recém-nascidos cujo parto foi por via vaginal. **Conclusão:** Conclui-se que, apesar da atual discussão sobre os riscos do parto cesáreo pós-cesárea, há maior prevalência dessa via em detrimento da vaginal. Observou-se ainda que o perfil de complicações, tanto neonatais quanto maternas, em ambas as vias foi semelhante, carecendo, no entanto, de um estudo com amostras equivalentes, para melhores inferências sobre a segurança de uma via em relação à outra. Destaca-se a importância de basear a escolha da via de parto em evidências científicas, para minimizar riscos e maximizar benefícios tanto para a mãe quanto para o neonato.

### Palavras-chave:

Parto. Cesárea.  
Parto normal.

### Abstract

**Objective:** Evaluate which route of delivery were more used in women with a previous cesarean section. **Methods:** It was performed a descriptive, retrospective research with a quantitative and qualitative approach. Medical records were analyzed from pregnant with a single and on term gestation, which gave birth from January 2013 to January 2015, in an intermediate size and high complexity hospital from Anapolis – Goiás, Brazil. **Results:** The study showed that of 333 analyzed pregnant, 313 (93,99%) underwent cesarean delivery way while 20 (6,01%) were submitted to natural childbirth. It was observed that the main election criteria was to have been submitted to a previous cesarean section. Besides that, there was no significant statistical difference in neonatal and maternal morbidity and mortality between the delivery way. The needing of neonatal reanimation was more common in those vaginal birth neonates. **Conclusion:** It was concluded that, besides the current discussion about the risks of another cesarean after a previous cesarean section, there is a higher prevalence of this way compared to vaginal birth. Was observed that the maternal and neonatal complications profile, in both delivery ways, was similar, however a study with equivalent samples is needed, for better inferences about the safety of a delivery way compared to the other one. It is important to emphasize the need to base the choice of the delivery way in scientific evidence to minimize the risk and maximize the benefits to mother and neonate.

### Keyword:

Parturition.  
Cesarean section.  
Natural childbirth.

### \*Correspondência para/ Correspondence to:

Thiago Hayashida Teles de Carvalho, e-mail: [thiago.hayashida@gmail.com](mailto:thiago.hayashida@gmail.com).

## INTRODUÇÃO

Segundo o manual do Ministério da Saúde “Parto, aborto e puerpério – Assistência Humanizada à Mulher”, o objetivo principal de uma assistência obstétrica é garantir, ao fim da gestação, que tanto mãe quanto recém-nascido estejam saudáveis e sem traumas decorridos do parto. Dessa forma, abre-se a discussão de qual via de parto facilitaria o alcance seguro desse objetivo.<sup>1</sup>

Atualmente, a opção pela via cesárea é muito difundida dentro dos centros obstétricos pelo avanço nas técnicas cirúrgicas e maior praticidade. Além disso, dados de uma coorte de base hospitalar que analisou a preferência inicial das mulheres pela via de parto, demonstraram que o principal motivo de escolha da cesariana é por considerarem a via vaginal mais dolorosa.<sup>2</sup>

Há de se ressaltar que a escolha da via de parto não se relaciona apenas com a preferência, visto que a mesma pode ser sobrepujada por intercorrências clínicas no percurso da gestação. No entanto, os profissionais vêm realizando esse procedimento cirúrgico de maneira indiscriminada e, muitas vezes, desnecessária, fato que gera gastos excessivos aos serviços de saúde. Nesse contexto, o Brasil se insere como o país que mais realiza partos cesáreos no mundo, com taxas elevadas e crescentes: 38% em 2000, 43% em 2005, 52% em 2010 e 54% em 2011.<sup>3</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1985, considera aceitável uma incidência de cesáreas de até 15%.<sup>3,4</sup> Segundo o Projeto Diretrizes, da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia,<sup>5</sup> sobre indicações de cesariana, as pacientes que possuem uma cesárea prévia e são submetidas ao trabalho de parto apresentam risco cerca de duas vezes maior de ruptura uterina quando comparadas às que são submetidas a cesariana eletiva. Alguns autores afirmam que o parto vaginal após cesariana prévia apresentou impacto sobre o índice de Apgar no 5º minuto e sobre as taxas de tocotraumatismo e anóxia, originando maior tempo de internação na unidade de tratamento intensivo neonatal.<sup>6</sup>

Todavia, a realização de cesariana repetida está associada à maior morbidade materna, necessidade de transfusão e histerectomia puerperal, além do que, as taxas de ruptura uterina no grupo submetido ao parto vaginal são baixas.<sup>5</sup> Dessa maneira, optar pelo parto vaginal após uma cesariana prévia é uma decisão aceitável desde que o trabalho de parto seja monitorado adequadamente.

Sendo assim, é possível notar através da literatura disponível que persiste a controvérsia quanto à melhor via de parto após uma cesariana prévia. Assim, é de acordo dos pesquisadores que a área de ginecologia e obstetrícia carece de mais estudos conclusivos acerca desse tema, pois ainda persiste essa dúvida. Nesse âmbito, o presente estudo teve por objetivo avaliar qual a via de parto mais utilizada em secundigestas com uma cesárea prévia, além de analisar a morbimortalidade materna e neonatal referente às vias de parto, em um hospital de médio porte e alta complexidade do município de Anápolis, no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015.

## MÉTODOS

O presente estudo é do tipo descritivo, retrospectivo com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi realizada em um hospital conveniado de médio porte e alta complexidade do município de Anápolis, Goiás. A população estudada é composta por parturientes secundigestas, com gestação única e a termo (37 semanas a 41 semanas e 6 dias, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS) que deram à luz no serviço obstétrico do referido hospital no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015.

Os critérios de inclusão foram prontuários de secundigestas com gestação única e a termo, que tenham uma cesariana prévia, atendidas no serviço obstétrico do citado hospital no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2015. Foram excluídos todos os prontuários de parturientes tercigestas ou mais, de secundigestas (cujo parto anterior tenha sido via vaginal), de parturientes cujo parto tenha ocorrido fora do tempo delimitado para coleta de dados, de

## Via de parto em secundigestas

parturientes com indicação absoluta de cesárea (placenta prévia, placenta acreta, infecção pelo HIV com carga viral  $\geq 1000$ , vasa prévia) e prontuários que não tenham dados suficientes para avaliação retrospectiva do histórico da parturiente. Os dados pesquisados foram via de parto, idade das parturientes, notas de Apgar dos recém-nascidos e complicações maternas peri e pós-parto.

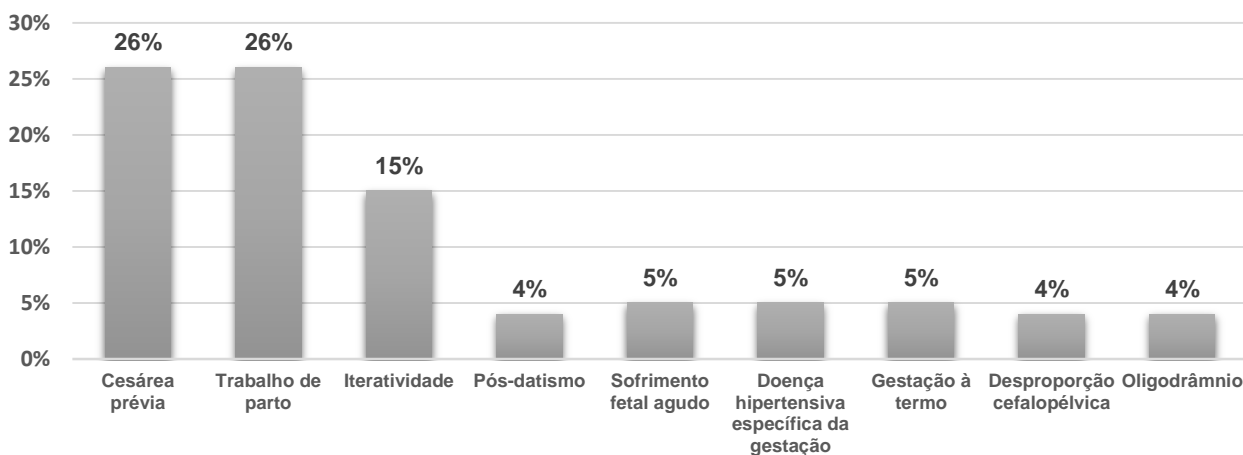
Tais dados foram analisados através do programa Microsoft Excel 2016 e, posteriormente, através do pacote estatístico SPSS 23.0 (*Statistical Package for Social Science*). As variáveis quantitativas foram analisadas em forma de média e desvio-padrão. Para comparações entre grupos, foi utilizado o teste T para amostras independentes. As variáveis qualitativas foram analisadas em forma de frequência e percentual. A associação entre essas variáveis foi feita através do teste  $\chi^2$  de Pearson, utilizando também o cálculo do risco relativo (odds ratio). Foi considerado como nível de significância um valor de  $p < 0,05$  (5%).

Esse estudo foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres

humanos (CAAE: 43769215.8.0000.5076) da instituição de ensino da qual os pesquisadores fazem parte. Além de ter o Termo de Autorização para Utilização e Manuseio de Dados devidamente assinado pela instituição hospitalar coparticipante. Por fim, os dados colhidos ficarão em poder dos pesquisadores por um período de 5 (cinco) anos, após o qual serão eliminados.

## RESULTADOS

Dentro do período de análise de 25 meses definidos para a amostra (janeiro de 2013 a janeiro de 2015), foram admitidas no serviço de Obstetrícia para trabalho de parto 8405 mulheres, das quais 333 preencheram os critérios de inclusão desta pesquisa e tiveram seus prontuários analisados posteriormente. Das 333 gestantes secundigestas com cesárea prévia incluídas, 313 foram submetidas a parto cesáreo (93,99%), enquanto 20 tiveram parto vaginal (6,01%). Diversos foram os critérios de eleição da via de parto cesárea. Os principais estão apresentados na Gráfico 1.



**Gráfico 1 - Porcentagem de ocorrência dos principais critérios de eleição da via de parto**

No que diz respeito a idade das parturientes, a média foi de 25,44 anos (desvio padrão: 5,42) para aquelas que foram submetidas a parto cesáreo, não havendo diferença estatística significativa quando comparada à idade média de 24,45 anos (desvio padrão: 5,06) das gestantes que deram à luz por parto vaginal. Esses e outros dados como idade gestacional

pelo método de Capurro, estatura, perímetro cefálico, peso e notas de Apgar de 1º e 5º minutos dos recém-nascidos (RN) de ambas as vias se encontram dispostos na Tabela 1. Apenas a estatura e o peso dos RN apresentaram diferença estatística significativa entre os grupos.

**Tabela 1 – Dados dos recém-nascidos de acordo com a via de parto.**

Variáveis	Via de Parto	n	Média	DP	p
Idade	Cesárea	313	25,44	5,42	0,42
	Vaginal	20	24,45	5,06	
I.G. (Capurro)	Cesárea	312	39,12	1,00	0,98
	Vaginal	20	39,11	0,95	
Estatura RN	Cesárea	313	48,84	2,27	0,05*
	Vaginal	20	47,80	2,53	
P.C. RN	Cesárea	313	36,04	18,24	0,49
	Vaginal	20	33,28	1,43	
Peso RN	Cesárea	313	3347,67	479,00	0,003*
	Vaginal	20	3024,75	410,52	
Apgar 1°	Cesárea	313	8,21	1,21	0,34
	Vaginal	20	7,95	0,83	
Apgar 5°	Cesárea	313	9,31	0,92	0,79
	Vaginal	20	9,25	0,91	

DP: Desvio padrão; I.G.: Idade gestacional; R.N.: Recém-nascido; P.C.: Perímetro cefálico.

\*: Diferença estatisticamente significativa

Em relação às complicações maternas observou-se no pré-parto das gestantes submetidas ao parto vaginal dois tipos de complicação: infecção (maioria referente ao trato urinário), registrada no prontuário de apenas uma gestante e doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), também encontrada em apenas um prontuário. Durante o parto, as únicas complicações observadas foram sangramento transvaginal moderado (um caso) e laceração vaginal (um caso). No pós-parto foi relatado apenas um caso de hemorragia vaginal com necessidade de transfusão.

Já nas gestantes submetidas ao parto cesáreo, as complicações mais prevalentes no pré-parto foram: infecção, em 76 gestantes (maioria referente ao trato urinário), DHEG, em 22 gestantes e sangramento vaginal, em 7. Por outro lado, durante o parto, foram identificadas as seguintes complicações: dificuldade de extração fetal, 1 caso, e sangramento vaginal intenso, 1 caso. No pós-parto a mais prevalente foi queixa de dor em ferida cirúrgica, aparecendo em 13 gestantes. Sendo importante salientar que a mesma gestante pode ter apresentado mais de uma complicação.

A respeito das complicações neonatais foi observado que 90,00% dos RN nascidos por parto vaginal não apresentaram nenhuma complicação e dos 10,00% que tiveram pelo menos uma complicação, as encontradas foram: máscara equimótica e desconforto respiratório.

Enquanto isso, 92,90% dos RN nascidos por parto cesáreo não apresentaram nenhuma complicação. Dos 7,10% que apresentaram pelo menos uma complicação, a mais encontrada foi desconforto respiratório.

Segundo os dados obtidos, 1 em cada 51 RN nascido por via cesárea necessitou de reanimação na sala de parto, contrastando com o fato de que 1 em cada 20 RN nascido por via vaginal necessitou da mesma manobra (OR=2,69), mostrado na Tabela 2. A apresentação prevalente dos fetos foi cefálica em ambas as vias (Tabela 3). Não houve nenhum óbito materno ou neonatal encontrado na amostra.

**Tabela 2 – Recém-nascidos submetidos a reanimação em relação à via de parto.**

Via de Parto	Reanimação		Total n (%)
	Não n (%)	Sim n (%)	
Cesárea	307 (94,17)	6 (85,71)	313 (93,99)
Vaginal	19 (5,83)	1 (14,29)	20 (6,01)
Total	326 (100,00)	7 (100,00)	333 (100,00)

$\chi^2$ = não significativo. (OR=2,69)

**Tabela 3 – Apresentações dos recém-nascidos em relação à via de parto.**

Variáveis	Apresentação			Total	
	Cefálica	Córmica	Pélvica		
Via de Parto	Cesárea	301 93,76%	1 100,00%	11 100,00%	313 93,99%
	Vaginal	20 6,24%	0 0,00%	0 0,00%	20 6,01%
Total	321 100,00%	1 100,00%	11 100,00%	333 100,00%	

## DISCUSSÃO

A partir da análise dos dados obtidos, este estudo apresentou resultados que permitiram fazer algumas inferências. A primeira delas foi que, assim como na literatura<sup>2,3</sup>, a via de parto escolhida após uma cesárea prévia, foi predominantemente cesárea. Um dos principais fatores foi a realização prévia de uma cesárea, assim como relatado por Lundgren et al, o que, no entanto, é um erro, pois apenas uma cesárea prévia não é uma indicação para outra cesárea.<sup>5,7,8</sup> O médico deve apresentar à mãe todas as possibilidades, para que o processo de escolha da via de parto não seja uma imposição, mas sim uma decisão conjunta visando o melhor para mãe e neonato, tornando a atenção mais humanizada.<sup>2,9-13</sup>

Um segundo fator que vale ressaltar é a idade, que no presente estudo foi estatisticamente não significativa entre as duas vias, mas que em alguns estudos como de Cecatti et al, foi determinante para a escolha da via de parto, mesmo sem existirem estudos que apresentem justificativas claras para que se opte por uma via a partir desse fator.<sup>13</sup> O peso ao nascer, foi um fator que determinou diferença estatística significativa, o que é um dado importante, uma vez que em estudos como de McMahan et al peso < 4000 determinou, junto com idade materna < 35 anos e se o parto foi em um

hospital de cuidado terciário, mais partos vaginais bem-sucedidos.<sup>14</sup> A estatura, pouco relatada na maioria dos estudos, foi maior em recém-nascidos de parto cesáreo, diferente dos dados encontrados por Cardoso et al, em que se não se vê significância estatística.<sup>15</sup>

Os fatores: nota de Apgar, idade gestacional pelo Capurro e perímetro cefálico, assim como em outros estudos, não apresentaram diferença significativa entre as duas vias.<sup>14,16,18</sup> Sendo todos esses fatores relatados como significantes por poucos autores, carecendo ainda de estudos maiores para se atribuir a real correlação destes com a via de parto.<sup>17</sup>

Ao avaliar as complicações em parto vaginal após cesariana prévia, um estudo evidencia que a complicação mais comum é a rotura uterina, no local da cicatriz anterior. Apesar disso, as análises revelam que 93,75% das pacientes submetidas ao parto vaginal após cesárea não tiveram nenhuma complicação e 4,17% tiveram hemorragia pós-parto. Concluíram então, que apesar de haver riscos na realização do parto vaginal, é necessário que haja um incentivo à essa prática, tendo em vista que esses danos são mínimos. Outros estudos também evidenciam a baixa incidência de rotura uterina.<sup>19-21</sup> Contrastando com a coorte de Landon et al, que constatou que a tentativa de parto vaginal, por mulheres com história de parto cesáreo, está

associada ao risco aumentado de resultados maternos adversos, como rotura uterina, endometrite e necessidade de transfusão.<sup>17</sup>

O presente trabalho evidenciou a segurança do parto vaginal após uma cesárea, uma vez que não encontrou nenhuma rotura uterina durante o trabalho de parto e além disso, 90% das parturientes não tiveram nenhuma complicação pós-parto, enquanto apenas 5% apresentaram hemorragia. No entanto, necessita-se de estudos com maior amostra de mulheres submetidas ao parto vaginal após cesárea prévia para confirmar essa segurança.

Nos resultados encontrados neste estudo, não houve diferença em relação à morbimortalidade materna entre as duas vias de parto analisadas. Todavia, muito estudos demonstram maiores complicações associadas ao parto cesáreo, como infecções e hemorragia.<sup>22,23</sup>

Em relação às complicações neonatais entre as duas vias de parto analisadas, os dados obtidos pelos pesquisadores não foram suficientes para inferir a maior segurança de uma via em detrimento da outra, devido à grande diferença entre as amostras de parturientes submetidas à parto vaginal e àquelas submetidas à cesariana. Contudo, de acordo com a literatura, recém-nascidos de parto cesariana pós-cesárea necessitam com mais frequência de cuidados intensivos, além de apresentarem disfunções respiratórias inespecíficas.<sup>6</sup> Há também evidências de risco aumentado de trauma neonatal associada ao parto vaginal pós-cesárea, porém risco reduzido de Síndrome do Pulmão Úmido.<sup>24</sup>

Conclui-se que, apesar da atual discussão sobre os riscos do parto cesáreo pós-cesárea, percebe-se maior prevalência dessa via em relação à vaginal. Além disso, faz-se necessário uma revisão dos critérios de eleição de parto cesáreo, uma vez que uma cesárea prévia não é indicação absoluta para realização de outra cesárea. Sendo primordial fazer essa escolha baseada em evidências científicas. Observou-se ainda que o perfil de complicações, tanto neonatais quanto maternas, em ambas as vias foi semelhante, carecendo, no entanto, de um estudo com amostras equivalentes, para melhores

inferências sobre a segurança de uma via em relação à outra.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, 2011 (on line). Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Acesso em 06/10/2016. [citado 2011]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo4\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo4_13.pdf).
2. Domingues RMSM, Dias MAB, Pereira MN, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30 (1): 101-16.
3. Paris GF, Montesquio LVC, Oliveira RR, Latorre MRDO, Pelloso SM, Mathias TAF. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2014; 36 (12): 548-54.
4. Tedesco RP, Filho NLM, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul M et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2004; 26 (10): 791-8.
5. Brasil. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, 2002 (on line). Projeto Diretrizes: Cesariana – Indicações. Acesso em 06/10/2016. [citado: 14 ago. 2002]. Disponível em: [http://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf](http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/cesariana-indicacoes.pdf)
6. Madi JM, Deon J, Rombaldi RL, Araújo BF, Rombaldi MC, Santos MB. Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais. *Rev Bras. Ginecol. Obstet.* 2013; 35 (11): 516-22.
7. Lundgren I, Smith V, Nilsson C, Vehvilainen-Julkunen K, Nicoletti J, Devane D et al. Clinician-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): a systematic

review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15 (16): 1-9.

8. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMS. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina*. 2010; 38 (9): 1-10.

9. Cox KJ. Counseling Women with a Previous Cesarean Birth: Toward a Shared Decision-Making Partnership. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2014; 59 (3): 237-45.

10. Weidle WG, Medeiros CRG, Grave MTQ, Dal Bosco SM. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. *Cad. Saúde Colet*. 2014; 22 (1): 46-53.

11. Scaffidi RM, Posmontier B, Bloch JR, Wittmann-Price R. The Relationship Between Personal Knowledge and Decision Self-Efficacy in Choosing Trial of Labor After Cesarean. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2014; 59 (3): 246-53.

12. Chinkam S, Ewan J, Koeniger-Donohue R, Hawkins JW, Shorten A. The Effect of Evidence-Based Scripted Midwifery Counseling on Women's Choices About Mode of Birth After a Previous Cesarean. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2016; 61 (5): 613-620.

13. Cecatti JG, Andreucci CB, Cacheira PS, Pires HMB, Silva JLP, Aquino MMA. Fatores associados à Realização de Cesárea em Primíparas com uma Cesárea Anterior. *Rev. Bras Ginecol. Obstet*. 2000; 22 (3): 175-9.

14. McMahon MJ, Luther ER, Junior WAB, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *The New England Journal of Medicine*. 1996; 335 (10): 689-95.

15. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionadas ao tipo de parto. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15 (2): 427-35.

16. Laveriano WRV, Redondo CEN. Obstetric outcomes in the second birth of women with a previous caesarean delivery: a retrospective cohort study from Peru. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2013; 35 (4): 148-52.

17. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated With a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *The New England Journal of Medicine*. 2004; 351 (25): 2581-9.

18. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth (Review). *Cochrane Database Syst Rev*; 2013; (4).

19. El-Ardat MA, Izetbegovic S, Mehmedbasic E, Duric M. Frequency of Vaginal Birth After Cesarean Section at Clinic of Gynecology and Obstetrics in Sarajevo. *Med. Arch*. 2013; 67(6): 435-37.

20. Clavijo-Prado CA, Cuero-Vidal OL. Parto Vaginal Después De Una Cesárea Previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol*. 2011; 62 (2): 148-54.

21. Goldman RE, Fornaziri DH, Silvia KSC. Parto normal após cesárea: aspectos maternos e neonatais. *Saúde Coletiva*. 2007; 4 (14): 51-4.

22. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA et al. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries. *Obstet Gynecol*. 2006; 107 (6): 1226-32.

23. Junior LCM, Sevrin CE, Oliveira E, Carvalho HB, Zamboni JW, Araújo JC et al. Associação entre via de parto e complicações maternas em hospital público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (1): 124-32.

24. Rietveld AL, Kok N, Kazemier BM, Groot CJ, Teunissen PW. Trial of labor after cesarean: attempted operative vaginal delivery versus emergency repeat cesarean, a prospective national cohort study. *Journal of Perinatology*. 2015; 35 (4): 258-62.