

PREVALÊNCIA DE PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO

Prevalence of vaginal delivery after cesarean in a high-risk maternity

Prevalencia de entrega vaginal después de cesárea en una maternidad de alto riesgo

Juliana Sousa de Almeida¹, Emily Marques Alves², Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto³, Thelma Malagutti Sodr ⁴, Catia Campaner Ferrari Bernardy⁵

Como citar este artigo:

Almeida JS, Alves EM, Pinto KRTE, Sodré TM, Bernardy CCF. Prevalência de parto vaginal após cesarean em uma maternidade de alto risco. 2021 jan/dez; 13:1506-1511. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10250>.

RESUMO

Objetivo: estimar a prevalência de parto vaginal após cesárea em uma maternidade de alto risco e identificar as complica es maternas e neonatais. **Método:** trata-se de um estudo transversal, quantitativo e retrospectivo, realizado com 44 mulheres que tiveram parto normal com cesárea prévia, por meio da análise dos prontuários realizou-se a análise descritiva com frequências absolutas e simples. **Resultados:** a prevalência de parto vaginal após cesárea foi de 13%. Ocorreu complica o em 13,6% das mulheres, porém não houve rotura uterina e em 4,5% dos neonatos. **Conclusões:** os desfechos favoráveis comprovam a segurança deste procedimento para a mãe e para neonato e servem de estímulo para que os profissionais incentivem as gestantes com cesárea anterior a considerarem a via vaginal como uma possibilidade segura para o próximo parto.

DESCRITORES: Enfermagem obstétrica; Parto normal; Parto humanizado; Gravidez de alto risco; Nascimento vaginal após cesárea.

ABSTRACT

Objective: to estimate the prevalence of vaginal delivery after cesarean section in a high-risk maternity and to identify maternal and neonatal complications. **Method:** this is a cross-sectional, quantitative and retrospective study, carried out with 44 women who had a normal delivery with previous cesarean section, through the analysis of medical records, descriptive analysis was carried out with absolute and simple frequencies. **Results:** the prevalence of vaginal delivery after cesarean section was 13%. Complication occurred in 13.6% of women, but there was no uterine rupture and in 4.5% of neonates. **Conclusions:** the favorable outcomes prove the safety of this procedure for the mother and the newborn and serve as a stimulus for professionals to encourage pregnant women with a previous cesarean to consider the vaginal route as a safe possibility for the next delivery.

Descriptors: Obstetric nursing; Natural childbirth; Humanizing delivery; Pregnancy high risk; Vaginal birth after cesarean.

1 Nurse. Resident in Obstetric Nursing at the State University of Londrina / UEL.

2 Nurse. Resident in Obstetric Nursing at the State University of Londrina / UEL.

3 Obstetrical Nurse. Doctor. Professor at the Nursing Department at the State University of Londrina / UEL.

4 Obstetrical Nurse. Doctor. Professor at the Nursing Department at the State University of Londrina / UEL.

5 Obstetric Nurse. Doctor. Professor at the Nursing Department at the State University of Londrina / UEL.

RESUMEN

Objetivo: estimar la prevalencia del parto vaginal después de una cesárea en una maternidad de alto riesgo e identificar complicaciones maternas y neonatales. **Método:** se trata de un estudio transversal, cuantitativo y retrospectivo, realizado con 44 mujeres que tuvieron un parto normal con cesárea previa, a través del análisis de registros médicos, se realizó un análisis descriptivo con frecuencias absolutas y simples. **Resultados:** la prevalencia del parto vaginal después de una cesárea fue del 13%. La complicación ocurrió en el 13.6% de las mujeres, pero no hubo ruptura uterina y en el 4.5% de los recién nacidos. **Conclusiones:** los resultados favorables demuestran la seguridad de este procedimiento para la madre y el recién nacido y sirven de estímulo para que los profesionales alienten a las mujeres embarazadas con una cesárea previa a considerar la vía vaginal como una posibilidad segura para el próximo parto.

Descriptores: Enfermagem obstétrica; Parto normal; Parto humanizado; Embarazo de alto riesgo; Parto vaginal después de cesárea.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a cesariana ainda é entendida por profissionais de saúde e pela população, como a maneira mais segura de nascimento, devido ao aprimoramento das técnicas cirúrgicas, à suposta segurança oferecida pela anestesia, e também pelo medo do parto, pois é visto pelas mulheres como um processo insuportavelmente doloroso e arriscado para o bebê.¹

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizou que as taxas de cesarianas deveriam ser inferiores a 15%, sendo a mesma recomendada unicamente para gestantes que apresentem complicações obstétricas.² Estatísticas de 150 países mostraram uma taxa global de cesárea de 18,6% dos nascimentos entre 1990 e 2014. O Brasil possui a segunda maior taxa de cesárea do mundo sendo 55,6%, superada apenas pela República Dominicana, com 56%.³

O Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 1.020 de 2013, definiu que as maternidades de referência à gestação de alto risco, devem comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a 30% ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em 10% ao ano até atingir a taxa estabelecida pela OMS.⁴

O alto índice de cesáreas eletivas sem necessidade no país é resultado de fatores como a comodidade, adequação de agendas entre obstetras e gestantes, a relativa praticidade do procedimento cirúrgico, além da hesitação e receio existente entre as mulheres em relação à dor do parto normal.⁵ No entanto, percebe-se com frequência que, quando a mulher expressa o desejo de ter parto vaginal após cesárea anterior, a equipe responsável pela assistência ao parto institui justificativas que torne a cesárea aceitável pela mulher. Assim, a cultura da cesárea contribui para as altas taxas dessa via de parto no país.¹

Entretanto, o parto vaginal após uma cesariana prévia, também conhecido pela sigla inglesa VBAC (*Vaginal Birth After Cesarean*), pode ser uma opção segura e aceitável para as mulheres.⁶

As evidências comprovam que o VBAC pode ser considerado seguro, indicando taxas de êxito de aproximadamente 70% e de complicação inferior a 1%.⁷

Assim, o VBAC torna-se uma alternativa sólida e confiável para o alcance do controle das taxas de cesárea.

As mulheres que experienciam este tipo de parto são classificadas no grupo 5 segundo Robson.⁸ Em 2001, Robson propôs um sistema de classificação que agrupa gestantes conforme suas características obstétricas, com o intuito de identificar o peso que cada grupo tem na população. Por meio dessa classificação, é possível avaliar, monitorar e comparar as taxas de parto normal e cesárea no decorrer do tempo em um serviço de saúde e também em diferentes serviços. O sistema desenvolvido por Robson utiliza quatro critérios nos quais todas as grávidas se encaixam: antecedentes obstétricos, tipo da gestação, forma do parto e idade gestacional no momento do parto. Depois de coletar os dados da gestante, a gestante é classificada em algum dos 10 subgrupos. As mulheres com cesariana prévia são classificadas no grupo 5, sendo um conjunto muito importante quando se analisa as taxas globais de cesáreas, pois influenciam diretamente nas taxas de cesárea de um determinado serviço.⁸

A OMS tem a expectativa de que a classificação de Robson possa colaborar com os hospitais, na tentativa de reduzir o número de cesáreas, ao identificar, analisar e focalizar intervenções em grupos específicos que sejam relevantes em cada local, e avaliar a efetividade de estratégias criadas para melhorar a qualidade da assistência, das práticas de cuidados clínicos e os desfechos por grupos, bem como chamar a atenção dos gestores dos serviços de saúde para a importância desses dados e do seu uso.⁸

Diante destas considerações, este estudo pretendeu estimar a prevalência de VBAC em uma maternidade de alto risco e a identificar as complicações maternas e neonatais.

MÉTODO

Estudo quantitativo, transversal e retrospectivo, realizado em uma maternidade pública de alto risco do norte do Paraná.

A coleta de dados ocorreu entre novembro a dezembro de 2017, por meio de um instrumento preenchido a partir da análise dos registros constantes nos prontuários hospitalares das mulheres selecionadas.

Em 2015 foram realizados 1047 partos na maternidade estudada, sendo 338 por via vaginal. Assim, foram analisados 338 prontuários das mulheres que tiveram parto normal, sendo identificadas 44 mulheres com cesárea prévia, caracterizando a amostra do estudo. Não houve perdas nem exclusões.

As variáveis do estudo foram: características sociodemográficas: idade (≤ 34 anos, ≥ 35 anos), raça (branca, negra, parda), trabalho remunerado (sim, não), estado civil (solteira, casada, divorciada); características obstétricas: número de gestações (segunda, três ou mais), número de consultas de pré-natal (≤ 5 , ≥ 6), idade gestacional em semanas no momento do parto (≤ 36 , ≥ 37); características do parto: uso de ocitocina (sim, não), condições do períneo após o parto (íntegro, episiotomia, episiotomia + laceração, laceração); características do recém-nascido: peso em gramas (≤ 2499 , ≥ 2500), índice de Apgar no 1º (≤ 7 , ≥ 8) e 5º minutos (≤ 7 , ≥ 8); Complicações no parto: maternas (sim, não); neonatal (sim, não).

Os dados coletados foram tabulados e revisados no Microsoft Office Excel® 2010 e realizado a análise descritiva por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (UEL), sob o CAAE 59411516.7.0000.5231.

RESULTADOS

Dos 338 partos normais ocorridos em 2015, a prevalência de VBAC foi de 13,0%, correspondendo a 44 mulheres.

Breve caracterização da população, mostrou que a idade das mulheres variou entre 21 e 42 anos, sendo que 32 (72,7%) tinham idade menor ou igual à 34 anos, grande parte eram da raça branca (70,4%), casadas (65,9%), sem trabalho remunerado (63,5%). Com relação às características obstétricas a maioria era multípara (52,3%), com seis consultas ou mais de pré-natal (90,9%) e gestação à termo (70,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas e obstétricas de mulheres com parto vaginal após cesárea em uma maternidade de alto risco no ano de 2015. Londrina, PR, Brasil, 2019

Características	n	%
Sociodemográficas		
Idade		
≤ 34 anos	32	72,7
≥ 35 anos	12	27,3
Raça		
Branca	31	70,4
Negra	8	18,1
Parda	5	11,5
Estado Civil		
Solteira	14	31,8
Casada	29	65,9
Divorciada	1	2,3
Trabalho remunerado		
Sim	16	36,5
Não	28	63,5
Obstétricas		
Número de gestação		
Duas	21	47,7
Três ou mais	23	52,3
Número de consultas de pré-natal		
≤ 5 consultas	4	9,1
≥ 6 consultas	40	90,9

Características	n	%
Idade gestacional em semanas no momento do parto		
≤36 semanas	13	29,5
≥37 semanas	31	70,5

Foi utilizado ocitocina em 26 partos (59,1%). A integridade perineal esteve presente em 21 mulheres (47,7%), entretanto, foi realizado episiotomia em 11 mulheres (25%).

Com relação aos recém-nascidos a maior parte apresentou peso maior ou igual que 2500g (79,5%) e apresentaram boa vitalidade ao nascimento (Tabela 2).

Tabela 2 - Características dos partos e dos recém-nascidos de mulheres com parto normal após cesárea em uma maternidade de alto risco no ano de 2015. Londrina, PR, Brasil, 2019

Características	n	%
Do parto		
Uso de ocitocina		
Sim	26	59,1
Não	18	40,9
Condições do períneo após o parto		
Íntegro	21	47,7
Episiotomia	8	18,2
Episiotomia + laceração	3	6,8
Laceração	12	27,3
Do recém-nascido		
Peso		
≤2499g	9	20,5
≥2500g	35	79,5
Apgar 1º minuto		
≤ 7	3	6,8
≥ 8	41	93,2
Apgar 5º minuto		
≤ 7	1	2,3
≥ 8	43	97,7

As complicações puerperais foram identificadas em seis mulheres (13,6%), sendo quatro casos de hemorragia (três puerperais e uma atonia), um de inflamação no local da episiotomia, e uma mesma mulher apresentou quadro de psicose puerperal.

No tocante às complicações neonatais, foram observados dois casos (4,5%) casos, sendo que os neonatos precisaram de suporte respiratório e houve a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Tabela 3).

Tabela 3 - Complicações maternas e neonatais em parto normal após cesárea em uma maternidade de alto risco no ano de 2015. Londrina, PR, Brasil, 2019

Complicações	n	%
Maternas		
Sim	6	13,6
Não	38	86,4
Neonatais		
Sim	4	9,1
Não	40	90,9

DISCUSSÃO

A prevalência de 13,0% de VBAC encontrada nesse estudo, foi superior à um estudo realizado em Anápolis-GO que encontrou taxa de 6,01%.⁹ Estudos internacionais apontam países como a Finlândia, a Noruega e a Holanda com taxas altas em torno de 38-55%, e a Austrália e os Estados Unidos com 12%.¹⁰⁻¹²

Ressalta-se que o VBAC é uma prática segura de parto, uma vez que seja respeitados alguns critérios, tais como: a parturiente não deve ter sido submetida previamente à cesariana com incisão longitudinal, intervalo mínimo de 18 meses entre a última cesárea e o parto atual, não possuir histórico de iteratividade uterina, a instituição hospitalar disponha de uma equipe cirúrgica de plantão para um possível procedimento de emergência.⁷

A literatura aponta que a chance de sucesso do VBAC é maior em mulheres com menos de 35 anos, menor IMC, cor branca, maior escolaridade, com história de parto vaginal anterior e VBAC anterior.¹³⁻¹⁵

Estudo qualitativo europeu encontrou que maternidades com altas taxas de VBAC possuíam atitudes que impulsionavam o VBAC, e essas atitudes incentivavam as mulheres à essa escolha, em contraponto, nas maternidades de baixa taxa os médicos mantinham atitudes contra o VBAC, que influenciavam negativamente as mulheres em decidir por esse tipo de parto.¹⁶

Assim, deve-se praticar uma assistência que estimule o VBAC, pois esse tipo de assistência pode influenciar de maneira positiva o aumento das taxas de VBAC sem aumentar a morbidade materna e neonatal.^{17,18}

Estudos demonstraram que as mulheres tiveram experiência positiva após o VBAC, com impacto no bem estar físico e emocional, sendo uma vivência terapêutica e menos chocante quando comparado à cesariana.^{18,19}

Em 59,1% dos partos do estudo foi utilizado ocitocina, corroborando com outro estudo que encontrou taxa de 52,2%.²⁰ Considerando a gestação como um processo fisiológico essas taxas são consideradas elevadas.

Estudo de coorte realizado com 331 gestantes apontou que se pode realizar a indução de um trabalho de parto após uma cesariana, ressaltando que essa prática levou ao aumento da duração do trabalho de parto, entretanto, não alterando as taxas de complicações maternas e neonatais.¹⁵

Embora a maioria das mulheres apresentou integridade perineal (47,7%), os traumas perineais destacam-se como um

problema comum e que compromete as atividades básicas da mulher no puerpério. Eles são definidos como qualquer lesão que ocorre na genitália da mulher, seja de maneira espontânea, em forma de laceração, ou devido a incisão cirúrgica denominada de episiotomia. Há a concepção de que a episiotomia seria necessária para proteger o assoalho pélvico de possíveis lacerações durante o período expulsivo, para que não haja comprometimento da integridade do aparelho genital,²¹ entretanto, estudo realizado na Espanha encontrou risco aumentado de lesão de esfíncter anal em pacientes com partos de baixo risco e instrumentado quando realizado episiotomia.²²

No entanto, a episiotomia de rotina progressivamente tem se demonstrado ser um procedimento desnecessário e muito prejudicial à mulher, pois além de não existir evidências de sua eficácia, a episiotomia pode desencadear na mulher sensação de dor, incômodo, vergonha de seu companheiro (pela cicatriz na região genital), receio em retomar sua atividade sexual.²³

O uso liberal ou rotineiro de episiotomia é uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado, portanto a recomendação da OMS é de restringir o uso de episiotomia, não ultrapassando a taxa de 10%.² Apesar disso, nesse estudo foi observado a taxa de 25%, considerada alta quando comparado a outros estudos. Estudo realizado em Belo Horizonte encontrou taxa de episiotomia de 8,4%,²⁴ em outro realizado no Rio de Janeiro um número de 20,6%.²⁵

Estima-se que cerca de 70% das mulheres que têm parto vaginal irão sofrer algum grau de trauma perineal e quase todas irão necessitar de realização de sutura para auxiliar o tecido lesado a cicatrizar-se.²¹ Ressalta-se que as elevadas taxas de laceração encontradas neste estudo, provavelmente estão relacionadas à posição litotômica adotada por todas as mulheres durante a fase expulsiva do parto, sendo assim, a persistência da utilização de práticas não recomendadas pelas evidências científicas pode acarretar em um aumento nas intervenções desnecessárias, com impacto na saúde materno-fetal.²⁶

As complicações maternas (13,6%) encontradas nesse estudo, como hemorragia, inflamação na episiotomia e psicose puerperal não apresentaram relação com o VBAC. Outro estudo sobre VBAC também encontrou taxa de complicação de 15,1% de hemorragia pós-parto.¹⁵

Ressalta-se que no VBAC o receio de complicação é a rotura de útero. Estudo demonstra que há um risco aumentado para rotura uterina em pacientes com cesárea anterior quando o parto é induzido de forma farmacológica.²⁷ O risco de rotura uterina está, na realidade, associado ao uso conjunto de prostaglandinas e ocitocina, e não desta última em particular, sendo que em 19,4% dos casos de rotura uterina aconteceram após a administração destes dois fármacos juntos.²⁸ No serviço onde foi realizado o estudo, tem-se como protocolo a não utilização de prostaglandinas em mulheres com cesárea anterior. Esse estudo não encontrou associação entre o uso da ocitocina na indução do trabalho de parto e a rotura uterina. Outro estudo também evidenciou a baixa incidência de rotura uterina neste tipo de parto.⁹

A respeito das complicações neonatais, foi observado uma baixa prevalência (9,1%) de recém-nascidos que apresentaram agravos, podendo presumir sua associação à prematuridade, pois os seis casos de agravo fetal eram prematuros.

CONCLUSÃO

A prevalência das gestantes de alto risco que tiveram parto vaginal com cesárea anterior ainda é baixa. Possivelmente esta baixa prevalência está associada ainda aos fatores historicamente construídos sobre a cesárea, como a qualidade da formação do profissional que assiste ao parto, a prática não baseada em evidências, o protagonismo do médico, o pagamento por procedimentos, a percepção da população sobre a cesárea como a via mais segura de nascimento, praticidade, conveniência e outras razões culturais.

Os resultados encontrados mostram que o VBAC não esteve associado a ocorrência de complicações maternas ou desfechos perinatais desfavoráveis. Foi evidenciado a segurança do VBAC, uma vez que não encontrou nenhuma situação em que houve rotura uterina durante o trabalho de parto e a maioria das mulheres não apresentou nenhuma complicação.

Embora os neonatos apresentaram boa vitalidade fetal e a incidência de complicações neonatais tenha sido baixa, é muito importante que as gestantes de alto risco realizem seus partos em maternidades de referência para alta complexidade, para que tenham à disposição assistência tecnológica e especializada, visando a segurança do binômio mãe-filho.

Como limitação desse estudo, destaca-se que o método utilizado permitiu somente analisar as informações registradas nos prontuários com relação ao VBAC, o que impossibilitou verificar as percepções dos profissionais e das mulheres. Considera-se a possibilidade do desenvolvimento de outro estudo com outra abordagem para conhecer essas percepções. E quanto à validade externa, os dados representam a prática da assistência ao parto local e provavelmente não possam ser generalizados em outros contextos.

Espera-se também contribuir para a reflexão da necessidade de elaborar um plano de redução das taxas de cesárea, considerando os grupos de classificação de cesáreas segundo Robson. Ressalta-se que o parto vaginal após cesárea, é denominado grupo 5 desta classificação, e este é um dos grupos responsáveis pelas altas taxas de cesáreas nas instituições. Contudo, demonstramos que o VBAC é uma estratégia eficaz na redução destes índices.

Os dados positivos sinalizam a prática segura para este tipo de parto. Desta forma, espera-se incentivar os profissionais de saúde para utilização deste modo de assistência ao parto com mais frequência, e que eles encorajem as gestantes com cesárea anterior a considerarem a via vaginal como uma possibilidade prudente.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães, A. Parto sem Medo. 1ª ed. São Paulo: Mulheres que decidem. 2016.

2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático [Internet]. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra: OMS, 1996.

3. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One* [Internet] 2016 [cited 2019 Ago 05]; 11(2). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>

4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2013; seção 1, p. 72. Brasil. [acesso 05 ago 2019]. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

5. Mascarello KC, Hortal BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev. saúde pública* [Internet]. 2017 [cited 2019 mar 04]; 51(105). Available from: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000389>

6. ACOG. Practice Bulletin No. 184 Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet. Gynecol.* 2017. Available from: file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Practice_Bulletin_No__184__Vaginal_Birth_After.48.pdf

7. Rezai S, Labine M, Gottimukkala S, Karp S, Sainvil L, Isidore G et al. Trial of Labor after Cesarean for Vaginal Birth after Previous Cesarean Section Versus Repeat Cesarean Section; A Review. *Obstet Gynecol Int J* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 25]; 4(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.15406/ogij.2016.04.00135>

8. Organização Mundial da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS; 2015.

9. Moraes AVS, Vieira GJ, Vieira RS, Marques RM, Carvalho THT. Via de parto em secundigestas com gestação única e a termo, após uma cesárea prévia. *Rev. Educ. Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 29 maio 2019]; 4(2). Disponível: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/2012>.

10. Markus L, Sanderson B. Australia's mothers and babies 2017—in brief. Canberra: Aust Inst Health Welf. Canberra: AIHW. 2019.

11. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: Final Data for 2016. *Natl Vital Stat Rep.* [Internet]. 2018 [cited 2020 jul 14]; 67(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29775434/>

12. Project EP. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. *European Perinatal Health report.* [Internet]. 2018 [cited 2020 jul 14]. Available from: https://www.europeristat.com/images/EPHR2015_Euro-Peristat.pdf

13. Korb D, Goffinet F, Seco A, Chevret S, Deneux-Tharaux C, Group ES. Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal age: a population-based propensity score analysis. *CMAJ.* [Internet]. 2019 [cited 2020 jul 14]; 191(13). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30936165/>

14. Mooney SS, Hiscock R, Clarke IDA, Craig S. Estimating success of vaginal birth after caesarean section in a regional Australian population: validation of a prediction model. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* [Internet]. 2019 [cited 2020 jul 14]; 59(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29672825/>

15. Wu Y, Kataria Y, Wang Z, Ming W-K, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy childbirth.* [Internet]. 2019 [cited 2020 jul 14]; 19(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2517-y>

16. Lundgren I, Morano S, Nilsson C, Sinclair M, Begley C. Cultural perspectives on vaginal birth after previous caesarean section in countries with high and low rates - A hermeneutic study. *Women and Birth* [Internet]. 2020 [cited 2020 jul 10]; 33(4). Available from: [doi:10.1016/j.wombi.2019.07.300](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.07.300)

17. Zhang T, Liu C. Comparison between continuing midwifery care and standard maternity care in vaginal birth after cesarean. *Pak J Med Sci.* [Internet]. 2016 [cited 2020 jul 10]; 32(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928428/>

18. Keedle S. V, Burns E, Dahlen H. The journey from pain to power: a meta-ethnography on women's experiences of vaginal birth after caesarean. *Women and birth* [Internet]. 2018 [cited 2020 jul 10];31(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28655602/>
19. Lyckestam Thelin I, Lundgren I, Nilsson C. To challenge oneself as a childbearing woman-the lived experience of vaginal birth after caesarean section in Sweden. *Int J Qual Stud Health Well-being*. [Internet]. 2019 [cited 2020 ju 10];14(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6507961/>
20. Monguilhott JJC, Bruggemann OM, Freitas PF, D'orsi E. Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Rev. saúde pública* [Internet]. 2018 [cited 2019 nov 7];52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/0034-8910-rsp-S1518-87872018052006258.pdf>
21. Santos RCS, Riesco MLG. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2016 [acesso 07 nov 2019]; 37(esp). <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68304>
22. Pato-Mosquera M, García-Lavandeira S, Liñayo-Chouza J. El desgarro intraparto del esfínter anal; Puede prevenirse? *Ginecol. Obstet. Méx*. 2017;85(1).
23. Dengo VAR, Silva RS, Souza SRRK, Aldrighi JD, Wall ML, Cancela FZV. A episiotomia na percepção de mulheres. *Cogitare enferm*. [Internet] 2016 [acesso 05 nov 2019]; 21(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44060>
24. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. [Internet]. 2016 [cited 2018 Aug 20];20(2). Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf
25. Sales JL, Quitete JB, Knupp VMAO, Martins MAR. Assistência ao parto em um hospital da baixada litorânea do Rio de Janeiro: desafios para um parto respeitoso. *Rev pesq: cuid fundam (Online)*. 2020 [acesso 2018 may 19];12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfov12.7092>
26. Souza MRT, Farias LMVC, Ribeiro GL, Coelho TS, Costa CC, Damasceno AKC. Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. *Rev esc enferm USP*. [Internet]. 2020 [cited 2018 may 19];54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>
27. Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2007 [cited 2018 may 29]; 109(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17267822/>
28. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am. j. obstet. Gynecol*. [Internet]. 2005 [cited 2018 may 29]; 195(5). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.04.002>.

Recebido em: 19/07/2020

Revisões requeridas: 14/12/2020

Aprovado em: 11/05/2021

Publicado em: 01/10/2021

Autora correspondente

Keli Regiane Tomeleri da Fonseca Pinto

Endereço: Avenida Robert Koch, 60

Londrina/PR, Brasil

CEP: 86.038-350

Email: tomeleri@yahoo.com.br

Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesse.