



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA
FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Gabrieli Vitória Stefanini dos Santos

**Desfechos materno-infantis relacionados ao parto pélvico vaginal planejado: uma
revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência em
Enfermagem Obstétrica da Faculdade de
Medicina de Botucatu; Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para
obtenção do título de especialista

Orientadora: Profa. Dra. Anna Paula Ferrari

Botucatu

2024

Gabrieli Vitória Stefanini dos Santos

Desfechos materno-infantis relacionados ao parto pélvico vaginal planejado:
uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência em
Enfermagem Obstétrica da Faculdade de
Medicina de Botucatu; Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para
obtenção do título de especialista

Orientadora: Profa. Dra. Anna Paula Ferrari

Botucatu

2024

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Santos, Gabrieli Vitoria Stefanini dos.

Desfechos materno-infantis relacionados ao parto
pélvico vaginal planejado : uma revisão integrativa /
Gabrieli Vitoria Stefanini dos Santos. - Botucatu, 2024

Trabalho acadêmico (residência - Residência em
Enfermagem Obstétrica) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Anna Paula Ferrari

Capes: 40402002

1. Apresentação Pélvica. 2. Parto normal. 3. Enfermagem
obstétrica.

Palavras-chave: Apresentação pélvica; Parto natural; Parto
normal; Parto vaginal.

Desfechos materno-infantis relacionados ao parto pélvico vaginal planejado: uma
revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de Botucatu; Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Anna Paula Ferrari

Comissão examinadora:

Profa. Dra. Anna Paula Ferrari

Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Profa. Dra Mara Cristina Ribeiro Furlan

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profa. Dra Ana Paula Pinho Carvalheira

Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Botucatu, 10 de fevereiro de 2024

*À minha mãe que nunca me permitiu parar
de seguir meus sonhos,
Ao meu pai, que é alicerce nessa caminhada
Aos meus avós, Teresa, Silvia, João e Nino,
que sempre foram colo e
aconchego.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof Dra Anna Paula, a quem sem sua paciência e sensibilidade este trabalho não seria possível.

Às minhas amigas, que mesmo de longe sempre me apoiaram.

Às minhas “R” iguais Ana Paula, Beatriz, Júlia, Larissa R e Larissa S. que foram sustento, colo e cuidado nestes dois anos juntas e às parcerias que encontrei ao longo do caminho

E acima de tudo, à minha família, cujo os passos caminhados me trouxeram até aqui.

**Desfechos materno-infantis relacionados ao parto pélvico vaginal planejado: uma
revisão integrativa**

Gabrieli Vitória Stefanini dos Santos ¹

Anna Paula Ferrari²

¹ Enfermeira Residente. Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP). Botucatu, SP, Brasil.

gabrieli.vitoria@unesp.br

² Orientadora. Prof^ª Dra. do Departamento de Enfermagem. Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP). Botucatu, SP, Brasil.

anna.ferrari@unesp.br

RESUMO

Objetivo: Identificar as evidências disponíveis acerca dos desfechos materno-infantis relacionados ao parto pélvico vaginal planejado. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Para a identificação dos estudos componentes da amostra foram utilizadas as bases de dados eletrônicas: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Excerpta Medica dataBASE* (EMBASE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) via *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS), *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed), *Scopus*, *Cochrane* e *Web of Science*. A estratégia de busca foi formulada com a conjugação dos descritores DeCS/MeSH e/ou palavras-chave, ““Apresentação Pélvica”, “Parto Vaginal” em português e “Breech Presentation”, “Vaginal Delivery” em inglês e seus respectivos sinônimos, combinados aos operadores booleanos (AND e OR), e adaptados de acordo com as especificidades de cada base de dados. Exportados para o aplicativo Web Rayyan, para inclusão através de leitura do e do resumo e posteriormente para análise de conteúdo e seleção da amostra final por meio dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. **Resultados:** O presente trabalho analisou nove estudos primários que identificaram desfechos materno-infantis após parto vaginal planejado para fetos únicos em apresentação pélvica, em periódicos internacionais. Em geral, os estudos evidenciaram que não houve diferença significativa em relação a mortalidade e morbidade neonatal grave, quando comparado via de parto de cesárea planejada vs parto vaginal planejado para apresentações pélvicas, Quanto aos desfechos maternos, também não houveram diferenças significativas evidenciadas nos estudos em relação a morbidade e mortalidade materna, e a complicações maternas pós-parto. **Conclusão:** Através dos resultados encontrados é notável a necessidade de novos estudos, com melhores níveis de evidências, que busquem assegurar a melhor via de parto e assistência de qualidade às gestantes cujo feto está em apresentação pélvica, bem como seus desfechos a longo prazo. Entretanto, em sua totalidade, quando comparadas as vias de parto para apresentações pélvicas seus resultados foram similares, tornando ambas as vias válidas, o que configura o parto vaginal para apresentação pélvica ainda como uma opção segura, desde que para casos seletos, definidos com uma triagem efetiva para contraindicações, sendo assistido em um ambiente adequado e munido de recursos, bem equipado e principalmente conduzido por profissionais obstetras experientes e treinados.

Palavras chave: parto vaginal; apresentação pélvica; parto natural; enfermagem

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study is to identify at the scientific literature what are the evidences available about maternal and child outcomes due to a planned breech vaginal delivery.

Method: This is an integrative literature review. To identify the samples for this study, following electronic databases were used: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Excerpta Medica dataBASE (EMBASE), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) via Virtual Health Library (BVS)), National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), Scopus, Cochrane and Web of Science. The search strategy was formulated with the combination of DeCS/MeSH descriptors and/or keywords, “Breech Presentation”, “Vaginal Delivery” and their respective synonyms, combined with Boolean operators (AND and OR), and adapted according to the specificities of each database. Exported to the Rayyan web application, for inclusion by reading the summary and subsequently for content analysis and selection of the final sample using previously established inclusion and exclusion criteria.

Results: The present study analyzed nine primary studies that identified maternal and child outcomes after planned vaginal birth for singleton fetuses in breech presentation, in international journals. In general, the studies showed that there was no significant difference in relation to mortality and severe neonatal morbidity, when comparing the planned cesarean section versus planned vaginal delivery for breech presentations. Regarding maternal outcomes, there were also no significant differences evidenced in the studies in relation to maternal morbidity and mortality, and postpartum maternal complications.

Conclusion: Based on the results found, there is a notable need for new studies, with better levels of evidence, seeking to ensure the best route of delivery and quality care for pregnant women whose fetus is in breech presentation, as well as their long-term outcomes. However, in its entirety, when the delivery routes for breech presentations were compared, the results were similar, making both routes valid, which makes vaginal birth for breech presentation still a safe option, as long as for select cases, defined with a effective screening for contraindications, being assisted in an adequate and resourceful environment, well equipped and mainly conducted by experienced and trained obstetric professionals.

Keywords: planned vaginal delivery, breech presentation

SUMÁRIO

2	INTRODUÇÃO.....	11
3	OBJETIVOS.....	14
4	MÉTODO.....	14
5	RESULTADOS.....	18
6	DISCUSSÃO.....	22
7	CONCLUSÃO.....	29
8	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

As apresentações pélvicas correspondem, em média, a 4% do índice mundial de partos¹ e estão inclusas no rol de indicações de cesárea que colaboram para o posicionamento do Brasil como um dos países com as maiores taxas do procedimento no mundo, um índice de 55,5% de cesarianas em 2015, que segue aumentando exponencialmente desde então, e com um aumento significativo desde o início dos anos 2000.²

Quando realizada sob indicações apropriadas a cesárea é capaz de reduzir significativamente a morbidade e mortalidade tanto materna quanto neonatal, ao mesmo tempo que pode oferecer danos para ambos quando realizada de maneira contrária. O último caso, expõe gestante e feto a inúmeras complicações desnecessárias a curto e longo prazo.³

Assim, da mesma forma que a operação cesariana possui implicações complexas, são também complexas as causas do seu uso excessivo no Brasil. Essas causas incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada no país (ainda bastante centrada na atuação individual dos profissionais médicos em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe), as características socioculturais, a qualidade dos serviços que assistem os nascimentos e as características da assistência pré-natal, que comumente deixa de preparar adequadamente as mulheres para o parto e nascimento.⁴

Neste cenário, o índice brasileiro tem se mostrado de difícil reversão e caminha em contrapartida daquilo que é posto pela Organização Mundial da Saúde desde 1985. Há mais de 35 anos a OMS estabelece que não há justificativa para taxas de cesáreas maiores que 10-15% do total de partos⁵. Além de que seus estudos recentes sugerem que taxas populacionais de operação cesariana superiores a 10% não contribuem para a redução da mortalidade materna, perinatal ou neonatal.⁶

Em países nórdicos, os índices de cesárea mais se aproximam daquele recomendado pela OMS, como por exemplo, a Suécia e a Noruega que em 2016 obtiveram uma taxa de 17,4% e 16,1% dos nascimentos por cesariana, respectivamente.² Ainda assim os dados ao redor do globo são considerados alarmantes, tendo o índice de cesáreas na Europa em 25%, na América da Norte (Estados Unidos e Canadá) 31,6%, na América Latina e Caribe 42,8% e 23,1% na Ásia.⁷

Tratando-se da discussão de qual a via de parto mais adequada para apresentações pélvicas e investigação de viabilidade de partos pélvicos vaginais planejados, um dos estudos mais conhecidos por seus desfechos é o *Term Breech Trial*⁸, publicado em 2000, que

ocasionou após sua publicação tanto mudanças nas diretrizes da época, como um aumento da taxa de cesariana e diminuição drástica dos atendimentos a partos pélvicos vaginais planejados, bem como diminuição de capacitação dos profissionais voltadas para esse tipo de assistência⁹.

Tal efeito, se culminou em decorrência da principal conclusão do *TBT*: associação entre a cesárea planejada para apresentação pélvica termo com uma grande diminuição da mortalidade e morbidade neonatal (morte perinatal-neonatal global: 0,3% cesarianas vs 1,3% PPV), porém com um modesto aumento em curto prazo da morbidade materna em comparação com o parto vaginal planejado.⁸

A apresentação pélvica se caracteriza pelo feto posicionado de forma longitudinal com as nádegas ou membros inferiores introduzindo-se primeiramente na pelve. Existem principalmente três tipos de apresentações pélvicas, sendo elas a apresentação pélvica completa de nádegas, completa pelvipodálica e incompleta.

Na apresentação pélvica completa de nádegas, o feto apresenta ambos os membros inferiores estendidos sob a face ventral. O pélvico completo possui o feto sentado com ambos os quadris flexionados e membros inferiores em uma posição “abdominal”. E por último, o pélvico incompleto, que pode ser uma combinação de uma ou duas das pernas estendidas sob a pelve materna, também conhecida como apresentação podálica.¹⁰

Atualmente, apesar das mudanças nas diretrizes, ainda há discordância quanto a recomendação da apresentação pélvica ser uma indicação absoluta de cesárea ou não. A apresentação pélvica ocupa o terceiro lugar em indicações importantes que levaram a maior taxa de cesariana nos últimos tempos em todo o mundo.¹¹

De acordo com o último relatório de recomendações publicado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde Brasileiro (CONITEC) sobre Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana,¹² recomenda-se quanto à apresentação pélvica que:

- 1) Na ausência de contraindicações, a partir de 36 semanas de idade gestacional, seja realizada a manobra de versão cefálica externa em ambiente hospitalar, mediante termo de consentimento livre e esclarecido e presença de profissional experiente com o procedimento;
- 2) Em caso de falha na realização da versão cefálica externa ou contraindicação do procedimento, recomenda-se a cesariana programada a partir de 39 semanas, e sugere-se ainda, aguardar o início do trabalho de parto;
- 3) Na situação em que a mulher decidir por um parto vaginal pélvico é recomendado que ela seja informada sobre o maior risco de morbidade e mortalidade perinatal e neonatal, e que a assistência seja realizada por profissionais

experientes na assistência ao parto pélvico vaginal, mediante termo de consentimento livre e esclarecido, além de orientar durante o pré-natal sobre instituições que assistem ao parto pélvico vaginal.

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG)¹³, Colegiado Americano de Obstetras e Ginecologistas, também estabelece algumas recomendações para assistência ao parto pélvico planejado, ressaltando que independente da via de parto deve ser levado em consideração o desejo da paciente e especialmente a experiência do profissional do parto responsável, e para além disso, que o parto vaginal planejado de feto único termo em apresentação pélvica pode ser considerado dentro do contexto de um hospital preparado, com protocolo específico, *guideline* de elegibilidade e manejo do trabalho de parto.

Infelizmente os estigmas em torno do parto pélvico vaginal, principalmente após os resultados do *TBT*⁸, culminaram em uma lacuna ainda maior na assistência, com profissionais cada vez menos capacitados e treinados para tal assistência especializada.

Assim, levando em consideração as atualizações da última década relacionadas ao manejo do nascimento seguro para fetos em apresentação pélvica, sua real necessidade de intervenção cirúrgica, baseando-se no princípio de uma assistência ao parto focada em boas práticas baseada em evidências, e na busca por evitar o crescimento das taxas de cesáreas desnecessárias, propõe-se uma investigação das evidências atuais sobre os desfechos materno-infantis relacionadas ao parto pélvico vaginal planejado, através do presente estudo.

2 OBJETIVO

Identificar as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional acerca dos desfechos materno-infantis relacionados ao parto pélvico vaginal planejado.

3 MÉTODO

Tipo de estudo:

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.¹⁴

A realização deste trabalho foi caracterizada por 6 etapas, sendo elas: 1 - Elaboração da pergunta norteadora, 2 - Busca na literatura, 3- Coleta de dados, 4 - Análise crítica dos estudos incluídos, 5 - Discussão dos resultados e 6 - síntese do conhecimento, respectivamente.¹⁵ A pergunta da presente revisão integrativa foi norteadora pela estratégia PEO (Quadro 1) e consistiu-se em: Quais as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional acerca dos desfechos materno-infantis relacionados ao parto pélvico vaginal planejado?

Quadro 1 - Estratégia PEO para a formulação da pergunta de pesquisa. Botucatu, SP, Brasil, 2024

Acrônimo	Definição	Descrição
P	<i>Problem/Population</i>	Materno-infantis
E	<i>Exposure</i>	Parto pélvico vaginal planejado
O	<i>Outcome</i>	Desfechos encontrados na literatura

Coleta de dados:

Para a identificação dos estudos, foram utilizadas as bases de dados eletrônicas: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Excerpta Medica dataBASE* (EMBASE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) via *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS), *National Library of Medicine National*

Institutes of Health (PubMed), *Scopus*, *Cochrane* e *Web of Science*. A estratégia de busca foi formulada com a conjugação dos descritores DeCS/MeSH e/ou palavras-chave (descritores controlados e não controlados), “Apresentação Pélvica”, “Parto Vaginal” em português e “Breech Presentation”, “Vaginal Delivery” em inglês e seus respectivos sinônimos, combinados aos operadores booleanos (AND e OR), e adaptados de acordo com as especificidades de cada base de dados. A estratégia de busca foi realizada em cada base de dados conforme descrita no Quadro 2.

Quadro 2 – Estratégias de busca empregadas nas bases de dados utilizadas. Botucatu, SP, Brasil, 2023

Base de dados	Estratégias de busca	Filtro	Número de estudos identificados
BVS	<i>(Apresentação Pélvica OR Breech Presentation OR Presentación de Nalgas OR Apresentação Pélvica Fetal OR Apresentação Pélvica de Parto) AND (parto vaginal OR vaginal delivery OR Parto Normal OR Natural Childbirth OR Parto Natural OR Parto na Água OR Partos na Água)</i>	-	22 estudos
Scielo via Web of Science		-	19 estudos
Web of Science	<i>(“Breech Presentation” OR “Fetal Presentation, Breech” OR “Breech Fetal Presentation” OR “Presentation, Breech Fetal” OR “Labor Presentation, Breech” OR “Breech Labor Presentation” OR “Presentation, Breech Labor” OR “Presentation, Breech” OR “Frank Breech Presentation” OR “Breech Presentation, Frank” OR “Presentation, Frank Breech” OR “Incomplete Breech” OR “Breech, Incomplete” OR “Complete Breech” OR “Breech, Complete” OR “breech fetal position” OR “breech foetal presentation” OR “breech position” OR “breech presentations”) AND (“vaginal delivery” OR “normal delivery” OR “vaginal birth” OR “vaginal childbirth” OR “Natural Childbirth” OR “Childbirth, Natural” OR “Water Birth” OR “Water Births” OR Waterbirth)</i>	palavras no título	80 estudos
EMBASE :		palavras no título	82 estudos
Cochrane		palavras no título	16 estudos
PubMed:		palavras no título	96 estudos
Cinahl		palavras no título	27 estudos
Scopus		palavras no título (())	116 estudos

Após a busca, os resultados foram exportados para o gerenciador de referências *EndNote Basic*¹⁶ versão on-line, para a remoção das referências duplicadas. Em seguida,

foram importados para o aplicativo web *Rayyan*¹⁷, que pode ser acessado por meio do endereço eletrônico <https://rayyan.qcri.org>, para a seleção dos estudos.

No aplicativo web *Rayyan*¹⁷, foi realizada uma nova filtragem para identificação de possíveis duplicatas não identificadas pelo *EndNote Basic*.¹⁶ Os estudos foram avaliados e selecionados por dois revisores de forma independente e às cegas, primeiramente por meio da leitura do título e resumo, com o intuito de verificar se atendiam aos critérios de elegibilidade da presente revisão. Os estudos considerados elegíveis foram, então, analisados mediante leitura do texto na íntegra, segundo os critérios para elegibilidade.

Período:

A busca nas bases de dados eletrônicas foi realizada em 15 de dezembro de 2023.

Crítérios de seleção:

Foram incluídos estudos primários que abordavam os desfechos de partos vaginais planejados com apresentação fetal pélvica, publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Estudos apresentados em anais, resumos de congressos, revisões, guidelines, protocolos, cartas ao editor e estudos que não atendiam ao escopo da presente revisão foram excluídos. Também não foram incluídos artigos indisponíveis na íntegra de forma gratuita. Não houve restrição de tempo quanto ao período de publicação dos artigos.

Em relação ao conteúdo dos artigos analisados, não foram incluídos estudos realizados com partos pélvicos vaginais não planejados, prematuros, gemelares e apresentações pélvicas incompletas.

Identificou-se inicialmente um total de 458 estudos nas bases de dados, dos quais 242 foram excluídos por se apresentarem duplicados em pelo menos duas bases de dados, totalizando 216 estudos restantes. Através de uma nova filtragem no Web aplicativo Rayyan foram encontradas 41 duplicatas, restando um montante de 175 estudos avaliados por meio da leitura do título e resumo. 155 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade da presente revisão. Dos 20 estudos elegíveis para análise por meio da leitura do texto na íntegra, 09 foram incluídos na amostra final da presente revisão. O processo de seleção pode ser observado através do fluxograma apresentado na Figura 1.

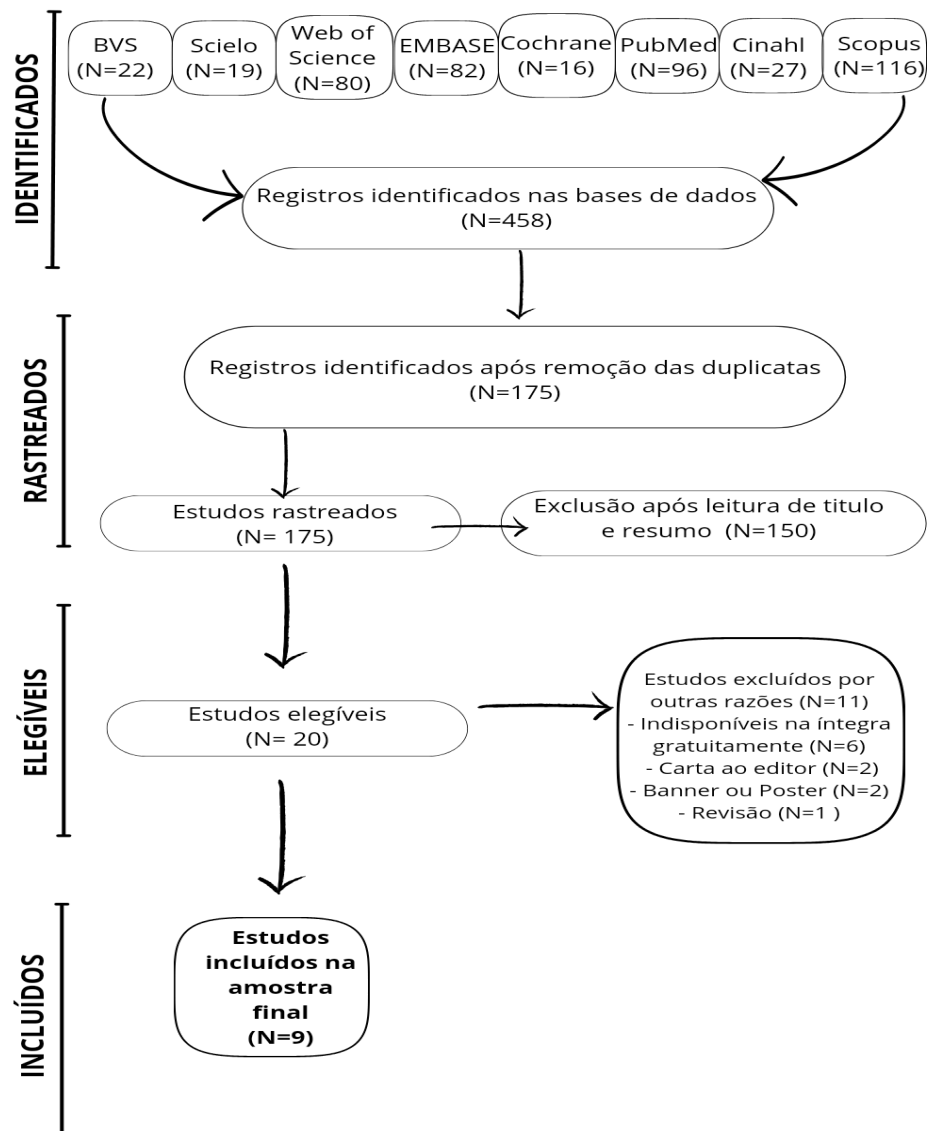


Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos da presente revisão integrativa (n=09).

Instrumento utilizado para coleta das informações:

Os dados dos estudos foram coletados utilizando um formulário adaptado,¹⁵ que contempla: Identificação e ano de publicação, objetivo, características metodológicas, principais resultados e nível de evidência.

Considerando ser fundamental unir a qualidade metodológica e a força da evidência para a tomada de decisões na prática clínica, os estudos avaliados foram classificados de acordo com o nível de evidência, segundo a hierarquia para questões clínicas de prognóstico/predição ou etiologia, que varia do nível I (evidências de síntese de estudo de coorte ou de estudos de caso-controle) ao V (evidências provenientes de opinião de especialista).¹⁸

4 RESULTADOS

A presente revisão integrativa analisou nove estudos primários que identificaram desfechos materno-infantis após parto vaginal planejado para fetos únicos em apresentação pélvica, sendo estes publicados de 1998 a 2023, todos no idioma inglês, em periódicos internacionais. A análise possibilitou identificar seis artigos caracterizados como estudos de coorte^{8,19,21,22,23,24}, um estudo transversal²⁶, um estudo prospectivo observacional²⁰ e um estudo retrospectivo.²⁵

Dos nove estudos incluídos, cinco tratam-se de estudos multicêntricos que incluíram 26 países, sendo quatro deles^{19,21,22,23} pesquisas derivadas do estudo *TBT*⁸; entre os outros estudos incluiu-se pesquisas realizadas no Tibet, província pertencente a China²⁵; Karachi, no Paquistão²⁶; Genebra, na Suíça²⁴ e um estudo multicêntrico realizado na França e Bélgica.²⁰

Dois artigos investigaram somente os desfechos maternos^{21,22}, três investigaram apenas os desfechos neonatais e em crianças aos 2 anos de idade, e quatro artigos observaram tanto os desfechos maternos quanto neonatais. Apenas um dos estudos analisou os desfechos materno-fetais de partos vaginais em apresentação pélvica em relação ao nascimentos via vaginal com apresentação cefálica²⁵, e somente um dos estudos observou desfechos neonatais exclusivamente de partos pélvicos vaginais planejados²⁶, todos os demais foram estudos comparativos entre o parto vaginal planejado e sua segurança em relação a cesárea planejada para apresentação pélvica.

O quadro 3 apresenta a síntese geral dos estudos incluídos nesta revisão segundo autor, ano de publicação, país, método, objetivo, principais resultados e seu nível de evidência.

Quadro 3 – Quadro-síntese dos estudos incluídos como a amostra final da presente revisão integrativa (n=9). Botucatu, SP, Brasil, 2024.

Identificação	Ano	Objetivo	Método	Principais Resultados	NE*
Birth weight and neurodevelopmental outcome of children at 2 years of age after planned vaginal delivery for breech presentation at term. ¹⁹	2006	Determinar se o parto vaginal planejado para feto único a termo em apresentação pélvica aumenta o risco de neurodesenvolvimento anormal com 2 anos de idade e se os efeitos são modificados pelo peso ao nascer.	Estudo de Coorte prospectivo	Foi realizado um Questionário de Idade e estágios de desenvolvimento, obtido de 183 de um total de 203 crianças (90.1%). 28% destas crianças apresentaram um ou mais domínios do Questionário anormais. Não houve diferença no risco de ter um resultado anormal nos domínios do questionário entre parto vaginal planejado e parto cesárea planejado (P99). Porém, houve evidência de interação entre a via de parto e o peso ao nascer, com um risco maior de atraso no neurodesenvolvimento de crianças com um peso ao nascer maior que 3500 g no parto vaginal planejado. (razão de probabilidade ajustada para interação a termo 3.37; 95% de confiabilidade).	II
Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium ²⁰	2006	Descrever os desfechos neonatais de acordo com a via de parto planejada para nascimentos pélvicos a termo em 2 países.	Estudo prospectivo observacional	Foram selecionadas 5579 mulheres (68.8%) para cesárea planejada e 2526 (31.2%) para parto vaginal planejado. Do grupo de mulheres de parto vaginal planejado, 1796 evoluíram para parto vaginal (71.0%). A taxa combinada de desfechos neonatais (mortalidade ou morbidade neonatal grave) foi baixa na população geral (1.59%) e no grupo de parto vaginal planejado (1.60%). Não houve diferença significativa entre os grupos de parto vaginal e cesárea planejada.	IV
Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. ⁸	2000	Comparar uma política de cesárea planejada com uma política de parto vaginal planejado para casos seletos de gestações com apresentação pélvica.	Estudo de Coorte Multicêntrico	Os dados foram recebidos de 2083 mulheres. De 1041 mulheres designadas para a cesárea planejada, 941 (90,4%) nasceram via cesárea. Das 1042 mulheres designadas para o parto vaginal planejado, 591 (56,7%) nasceram via parto vaginal. Mortalidade perinatal e neonatal, ou morbidade neonatal grave, foi significativamente menor no grupo de cesárea planejada do que no grupo de parto vaginal planejado (17 de 1039 [1,6%] vs 52 de 1039 [5%]; p<0.0001). Não houve diferença entre os grupos em termos de mortalidade materna ou morbidade materna grave (41 de 1041 [3,9%] vs 33 de 1042 [3,2%]; p=0.35)	II
Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term The international randomized Term Breech Trial ²¹	2004	Comparar os desfechos maternos 2 anos pós-parto depois de cesárea planejada e parto vaginal planejado para apresentação pélvica em fetos únicos a termo	Estudo de Coorte Multicêntrico	917 mães de um total de 1159 (79%) de 85 centros, completaram o questionário de 2 anos de acompanhamento pós-parto. Não houve diferença entre os grupos em relação ao aleitamento materno, dor, relação com parceiro ou com a criança, incontinência, depressão, problemas, menstruais, sexuais e urinários, fadiga, ou memórias estressantes da experiência de parto. A cesárea planejada foi associada com um risco maior para constipação (P = 02).	II
Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term	2002	Comparar os desfechos maternos de cesárea planejada e parto vaginal planejado 3 meses pós-parto.	Estudo de Coorte Multicêntrico	Mulheres no grupo de cesárea planejada foram menos prováveis de referir incontinência urinária do que aquelas no grupo de parto vaginal planejado (36/798 [4.5%] vs 58/797 [7.3%]; risco relativo 0.62; 95% intervalo de confiabilidade, 0.41-0.93). A incontinência de flatus não foi diferente entre os grupos, mas quando ocorreu foi um problema menor no	II

Breech Trial ²²				grupo de cesárea planejada ($p = .006$). Não houve diferença nos grupos em relação aos outros desfechos.	
Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The International Randomized Term Breech Trial. ²³	2004	Determinar se a cesárea planejada para fetos termos em apresentação pélvica reduz o risco de morte ou de atraso no neurodesenvolvimento aos 2 anos de idade..	Estudo de Coorte Multicêntrico	923 de um total de 1159 crianças (79.6%) de 85 centros foram acompanhadas até os 2 anos de idade. Não houve diferença nos riscos de morte ou atraso no neurodesenvolvimento entre o grupo de cesárea planejada e parto vaginal planejado (14 crianças [3.1%] vs 13 crianças [2.8%]; risco relativo, 1.09; 95% de confiabilidade). O parto cesárea planejado não está associado com redução no risco de morte ou atraso no neurodesenvolvimento em crianças aos 2 anos de idade.	II
Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations ²⁴	1998	Comparar a mortalidade neonatal e a morbidade materna e neonatal em parto vaginal planejado vs cesárea eletiva para apresentações pélvicas de feto a termo, para identificar fatores associados com o risco de cesárea durante o trabalho de parto.	Estudo de coorte	Houve significativamente menos complicações maternas no grupo de parto vaginal planejado do que no grupo de cesárea eletiva.. Cinco neonatos com grandes malformações foram a óbito. Não houve diferença na morbidade neonatal entre o parto vaginal planejado e o grupo de cesárea eletiva, Nuliparidade, idade materna > 30 anos e maior Índice de Massa Corporal (IMC) foram independentes ao risco de cesárea intraparto, mas não foi possível construir um modelo preditivo para uso na prática clínica.	II
Term breech presentation vaginal births in Tibet A retrospective analysis of 451 cases (China) ²⁵	2023	Fornecer referências e evidências para o parto de fetos em apresentação pélvica a termo em regiões de grande altitude, comparando e analisando os dados de fetos únicos a termo, cefálicos ou pélvicos em Naqu People's Hospital, Tibet.	Estudo de Análise retrospectivo	Dos 451 casos de fetos em apresentação pélvicos, 22 casos (4,9%) foram eleitos para cesárea e 429 casos (95.1%) eleitos para parto vaginal. das mulheres que escolheram a tentativa de parto vaginal, 17 precisaram de uma cesárea de emergência. Os desfechos perinatais e neonatais tiveram um índice de mortalidade de 4,2% no grupo de parto vaginal planejado e a incidência de complicações neonatais severas foi de 11,7%. Não houveram mortes detectadas no grupo de cesáreas. Entre os 526 fetos cefálicos no grupo controle com parto vaginal planejado o índice de mortalidade perinatal e neonatal foi de 1,5% ($p = 0.012$), e a incidência de complicações neonatais severas foi de 1,9%. Entre os partos vaginais pélvicos, a maioria deles eram de apresentações pélvicas completas (61,1%). Entre os 364 casos, a proporção de períneo íntegro foi de 42,1% e de lacerações de primeiro grau 40,7%.	IV
The Outcome of Planned Breech Vaginal Delivery among Obstetrics Patients Presenting at Tertiary Care Hospital, Karachi (Paquistão) ²⁶	2022	Determinar os desfechos de partos pélvicos vaginais planejados entre pacientes obstétricas em um Hospital de cuidado terciário, em Karachi (Paquistão).	Estudo Transversal	Foram incluídas 89 pacientes no estudo. A média de idade das mulheres foi 31.78 ± 2.81 anos, média de 37.72 ± 1.58 semanas de idade gestacional e a duração do trabalho de parto no estudo teve uma média de 10.72 ± 1.56 horas. Das 89 pacientes 11.2% tiveram um APGAR <7, 23.6% dos neonatos foram admitidos na unidade de cuidados intensivos neonatal e 12.4% dos neonatos tiveram lesão de plexo braquial. O parto pélvico vaginal é uma opção segura em grupos de mulheres cuidadosamente pré-selecionadas. Uma avaliação e triagem pré-parto, juntamente com com uma monitorização vigilante e parto realizado por médicos treinados pode minimizar desfechos materno-fetais ruins.	IV

*Nível de Evidência

Em geral, os estudos evidenciaram que não houve diferença significativa em relação a mortalidade e morbidade neonatal grave, quando comparado via de parto de cesárea planejada vs parto vaginal planejado para apresentações pélvicas, e para além disso, que a cesárea planejada não se demonstrou efetiva na redução do risco de atraso no neurodesenvolvimento até os 2 anos de idade. Porém, um dos estudos observou interação entre a via de parto e o peso ao nascer, com um risco maior significativo de atraso no neurodesenvolvimento de crianças com um peso ao nascer maior que 3500 g no parto vaginal planejado.

No estudo realizado no Tibet²⁵, os resultados perinatais e neonatais tiveram um índice de mortalidade de 4,2% no grupo de parto vaginal planejado e a incidência de complicações neonatais severas foi de 11,7%. Não houveram mortes detectadas no grupo de cesáreas. Entre os 526 fetos cefálicos no grupo controle com parto vaginal planejado o índice de mortalidade perinatal e neonatal foi de 1,5%, e a incidência de complicações neonatais severas foi de 1,9%. E nos resultados do *Term Breech Trial*⁸ também foi encontrado que a mortalidade perinatal e neonatal, ou morbidade neonatal grave, foi menor no grupo de cesárea planejada do que no grupo de parto vaginal planejado.

Quanto aos desfechos maternos, também não houveram diferenças significativas evidenciadas nos estudos em relação a morbidade e mortalidade materna, e a complicações maternas pós-parto, porém um dos estudos associou a cesárea planejada com um risco maior de constipação nos três primeiros meses pós-parto. Além disso, o estudo²² que buscou investigar os desfechos maternos três meses após o parto observou que mulheres no grupo de cesárea planejada foram menos prováveis de referir incontinência urinária do que aquelas no grupo de parto vaginal planejado, e que embora a incontinência de flatus não tenha sido diferente entre os grupos, quando ocorreu foi um problema menor no grupo de cesárea planejada. Em relação ao nível de evidência, seis artigos apresentaram nível de evidência II^{8,19,20,21,22,23,24} e três apresentaram nível de evidência IV^{25,26}.

6 DISCUSSÃO

Há muito fatores, tanto maternos quanto fetais, que podem predispor o feto a adotar uma apresentação pélvica, como por exemplo, anomalias uterinas, miomas, tumores pélvicos, anomalia fetal, mudanças no líquido amniótico, localização placentária, comprimento do cordão umbilical, entre outros fatores.²⁷

Os artigos que compuseram este estudo, de um modo geral, apresentaram critérios de elegibilidade similares para o parto pélvico vaginal planejado: idade gestacional igual ou maior que 37 semanas, apresentação completa ou de nádegas, sem anomalias fetais verificadas no ultrassom, um peso fetal estimado entre 2,500g e 4,000g, fatores estes de proteção no sucesso do parto vaginal planejado pélvico. Outros estudos também evidenciaram uma taxa de sucesso maior, ou trabalho de parto com um tempo menor em múltiparas.

Ao analisar os objetivos dos estudos, eles foram categorizados por temáticas, entre suas semelhanças, como 1) estudos que avaliaram os desfechos maternos, 2) estudos que avaliaram resultados perinatais e neonatais, e 3) estudos referentes a desfechos infantis.

Desfechos Maternos

Ao abordar os desfechos maternos, observa-se que alguns aspectos foram levados em consideração para análise. Um dos estudos²⁶, por exemplo, realizou uma estratificação entre o índice de Apgar ao nascimento via parto pélvico vaginal, com alguns fatores maternos como, idade da mãe, idade gestacional e paridade. Outros cinco estudos^{8,20,21,22,24}, realizaram comparativos entre os desfechos de partos vaginais planejados e cesáreas planejadas para apresentação pélvica. Embora não tenha havido diferença entre os grupos em relação à queixa de dor três meses após o parto, como esperado, mulheres do grupo de cesárea apresentaram mais queixas relacionadas à dor abdominal do que o grupo de parto vaginal.

Mulheres que pariram em países mais desenvolvidos, de acordo com o índice nacional de mortalidade perinatal de cada País, foram mais prováveis de se queixarem quanto à incontinência urinária, incontinência de flatos e dor. Isso pode se tratar em decorrência das mulheres em países desenvolvidos, na verdade vivenciarem menos, e até mesmo terem uma tolerância menor do que o habitual, ou terem se sentido com maior liberdade de informar do que mulheres em países menos desenvolvidos.²²

Em geral, também não houve diferenças entre os grupos em relação ao aleitamento materno, dor, relação com parceiro ou com a criança, incontinência, depressão, problemas, menstruais, sexuais e urinários, fadiga, ou memórias estressantes da experiência de parto.

Entre os 364 casos de parto vaginal pélvico estudados no Tibet²⁵, a proporção de períneo íntegro foi de 42,1% e de lacerações de primeiro grau 40,7%. Neste estudo foi

identificado que na região do Plateau Tibetano, a maioria das mulheres com gestações pélvicas, ainda escolheriam o parto vaginal mesmo com os prognósticos da cesárea a longo prazo sendo melhores, possivelmente em decorrência a diversos fatores culturais e religiosos desta região da China.

No estudo²⁴ realizado com 705 mulheres em Geneve, 70% das 385 mulheres no grupo de parto pélvico vaginal planejado evoluíram para parto vaginal e foram identificados três fatores anteparto independentes preditivos de risco de cesárea durante o trabalho de parto: nuliparidade, índice de massa corporal maior e idade materna maior que 30 anos. Entretanto, essas variáveis combinadas num modelo de análise ajustado não resultaram estatisticamente em dados significativos e nem apresentaram relevância clínica. Além disso, as mulheres no grupo de parto vaginal planejado tiveram um risco significativamente menor de complicações, além de um período menor de tempo de internação.

Desfechos perinatais e neonatais

Em relação aos desfechos perinatais e neonatais, um estudo prospectivo observacional²⁰, realizado em 174 centros na França e Bélgica, incluindo 8105 gestantes com feto único a termo, cujo objetivo foi avaliar a segurança do parto pélvico vaginal utilizando critérios rigorosos de seleção das pacientes (pelvimetria normal por exame de imagem, sem hiperextensão da cabeça ao exame de ultrassonografia, peso fetal estimado entre 2500g-3800, apresentação de nádegas, cardiotocografia contínua intraparto, e com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), dentre seus resultados, não apresentou diferença significativa em relação a mortalidade perinatal, sendo de 0,08% no parto vaginal *versus* 0,15% no grupo cesárea.

Porém, houve diferença estatisticamente significativa em relação ao APGAR de quinto minuto menor que quatro, sendo mais prevalente no parto pélvico vaginal (0,16%) do que na cesárea (0,02%).²⁰ Este dado evidencia a necessidade e importância de um preparo e equipe de neonatologia experiente para a possibilidade de reanimações mais intensas.

Em relação ao Term Breech Trial⁸, publicado 6 anos antes, a mortalidade perinatal e neonatal, ou morbidade neonatal grave, foi significativamente menor no grupo de cesárea planejada do que no grupo de parto vaginal planejado (17 de 1039 [1,6%] vs 52 de 1039 [5%]).

No estudo²⁶ realizado em Karachi no Paquistão, que avaliou os desfechos de partos pélvicos vaginais planejados de 89 pacientes, 11.2% dos neonatos tiveram APGAR menor que sete, 23.6% foram admitidos na unidade de cuidados intensivos neonatal e 12.4% tiveram lesão de plexo braquial.

Em outro estudo realizado no Tibet²⁵, dos 451 casos de fetos em apresentação pélvica, 22 casos (4,9%) foram eleitos para cesárea e 429 casos (95,1%) eleitos para parto vaginal. das mulheres que escolheram a tentativa de parto vaginal, 17 precisaram de uma cesárea de emergência. Os desfechos perinatais e neonatais tiveram um índice de mortalidade de 4,2% no grupo de parto vaginal planejado e a incidência de complicações neonatais severas foi de 11,7%. Não houveram mortes detectadas no grupo de cesáreas. Entre os 526 fetos cefálicos no grupo controle com parto vaginal planejado o índice de mortalidade perinatal e neonatal foi de 1,5% ($p=0.012$), e a incidência de complicações neonatais severas foi de 1,9%. Entre os partos vaginais pélvicos, a maioria deles eram de apresentações pélvicas completas (61,1%).

O estudo também destacou que a incidência de baixo Score de Apgar foi significativamente maior no grupo vaginal pélvico em comparação ao parto cefálico, tanto no primeiro quanto no quinto minutos, e que o Tibet²⁵ possui um nível de oxigênio mais rarefeito que outras regiões, e que portanto é indispensável manter uma equipe de obstetria e neonatologia habilitada e treinada, a fim de melhorar a qualidade e segurança do parto pélvico vaginal na região.

Desfechos Infantis

Em relação aos desfechos infantis encontrados, dois artigos^{19,23} investigaram seus resultados após 2 anos de idade. Foi encontrado que o parto vaginal está associado a um aumento no risco de atraso no neurodesenvolvimento aos 2 anos de idade em crianças nascidas a termo em um parto vaginal pélvico, quando o peso ao nascer foi maior que 3500 g. Desta forma o peso estimado é um aspecto importante que deve ser considerado na escolha de via de parto para apresentações pélvicas. Desta forma, tem-se como conclusão que uma cesárea planejada seria a via de parto mais recomendável para bebês com peso ao nascer maiores que 3500g.

Entretanto, embora haja a tentativa entre estudos de delimitar um peso de corte ideal para o parto vaginal em apresentações pélvicas, apesar dos avanços da medicina em relação a tecnologias e ultrassonografia, por exemplo, a acurácia sob o peso estimado para bebês pélvico ainda não é tão efetiva quanto para bebês em posição cefálica, podendo haver uma taxa absoluta de mais que 12% de erro.²⁸

Como limitação do referido estudo, destaca-se a impossibilidade de realizar uma avaliação clínica, considerada como o padrão ouro para diagnóstico, em casos da presença de uma ou mais anormalidades encontradas no Questionário de Estágios (de desenvolvimento) e Idade, utilizado na coleta de dados do estudo.

Também foi destacado que o questionário pode ser útil como um teste de triagem, mas é uma ferramenta que não substitui a avaliação clínica completa de desenvolvimento neurológico, realizada por um profissional, apenas ajuda a guiar na seleção daquelas crianças que necessitam de uma atenção maior. E que portanto, seus resultados devem ser analisados com cautela.¹⁹

Outro estudo prospectivo²³ com crianças de 2 anos do *Term Breech Trial* obteve em seus resultados uma taxa 2,8% de chance de óbito ou neurodesenvolvimento anormal quando a via de parto foi o parto pélvico vaginal planejado e 3,1 % de chance na cesárea planejada.

Também foi observado que a cesárea planejada não diminui os riscos de desfecho anormal aos 2 anos de idade se comparada com o parto vaginal planejado. Evidencia-se um contraste no estudo com os achados iniciais dos segmentos do *TBT*⁸, o qual se havia encontrado uma redução no risco de morte neonatal e perinatal ou morbidade neonatal grave com a política de cesárea planejada. Tal divergência remete os pesquisadores a questionarem evidências relacionadas a cesárea ter efeito importante nos neonatos a curto prazo, porém não em desfechos infantis a longo prazo.

Nessa perspectiva, pode-se inferir que o efeito benéfico da cesárea planejada nos desfechos das crianças a longo prazo, está relacionado provavelmente a capacidade de reduzir o risco de asfixia neonatal e trauma, devido às menores chances de APGAR de quinto minuto menor que 4 quando comparada ao parto pélvico vaginal planejado.

É importante ressaltar que grande parte da amostra deste trabalho é fruto de derivações do estudo pioneiro sobre partos pélvicos planejados - *TBT*⁸, e devido a isso, não podem ser ignoradas algumas limitações importantes em sua execução, tais como: falta de definição clara do feto a termo no parto pélvico vaginal, uma porcentagem significativa de partos pélvicos vaginais atendidos por profissionais sem experiência (18,5% atendidos por residentes médicos), maior parte dos casos de morte perinatal no parto vaginal não tiveram relação com a via de parto (óbito em fase latente, no início do período expulsivo e por morte súbita).

Outras evidências na literatura

Para além dos estados incluídos na amostragem deste trabalho como partos pélvicos vaginais “planejados”, diversos estudos investigam a complexidade e viabilidade do parto vaginal para apresentações pélvicas. Uma coorte prospectiva²⁹ de partos pélvicos atendidos pelo centro da Universidade de Frankfurt possui diversas publicações desde 2017, analisando desfechos e fatores de risco potencialmente associados a desfechos não favoráveis em partos

pélvicos vaginais.

Os referidos estudos sugerem que posições verticais reduzem a taxa de cesárea e necessidade de manobras de desprendimento, bem como a duração do expulsivo³⁰; pélvicos vaginais incompleto ou apresentações de não-nádegas têm mais necessidades de manobras e mais cesáreas por prolapso de cordão. Também foi observado que as variáveis investigadas não devem ser utilizadas para contra indicar um parto pélvico vaginal, mas é recomendável um aconselhamento sobre estas questões durante o pré-natal. Não há evidências sobre a necessidade de ruptura das membranas²⁷.

Um estudo retrospectivo³¹ realizado na França, comparou 126 pacientes que pariram em 2008 com 105 pacientes que pariram em 2014, para observar os desfechos de partos vaginais pélvicos de feto único, em uma maternidade terciária antes e depois da implementação de um protocolo assistencial ao parto pélvico vaginal. O índice de sucesso no parto vaginal, aumentou de 32.7% ($n = 16/49$) pra 63.8% ($n = 37/58$) entre os dois períodos, o que acarretou em uma queda de 16.3% no índice de cesáreas planejada [(77/126) versus (47/105)] e uma diminuição de 6.2% no índice de cesáreas de emergências [(33/126) versus (21/105)]³¹. Neste estudo não foi observada diferença significativa em relação aos desfechos neonatais. Esses achados evidenciam a necessidade de protocolos atualizados, e profissionais experientes para assistência ao parto pélvico, e seu potencial na diminuição nas taxas de cesarianas desnecessárias.

Já um estudo Holandês desenvolvido por Vlemmix et al (2014)³² propôs uma projeção para estimar o cenário se todas as mulheres holandesas que escolheriam parto pélvico vaginal fossem submetidas a cesáreas planejadas. Os pesquisadores identificaram em seus achados que seriam necessárias 649% de cesáreas planejadas para prevenir uma morte neonatal, dois traumas ao nascimento e 11,6 índices de Apgar baixo³². Entretanto, a cesárea também, como já citado acima, é acompanhada de diversos riscos, tanto para o bebê, para mãe, como para gravidezes futuras³³.

Assim, uma alternativa potencialmente eficaz para gestantes que não se sentem completamente seguras para um parto vaginal pélvico, mas mantém seu desejo por um parto vaginal, é a oferta recomendável de realização da manobra de Versão Cefálica Externa (VCE), que possui uma taxa média de 74% de chance de sucesso em múltíparas e entre 40% à 64% em nulíparas.³⁴

A VCE é uma técnica utilizada para converter a apresentação fetal pélvica em uma apresentação cefálica através de uma pressão manual na parede abdominal da mulher, com o objetivo de aumentar as chances de um parto vaginal cefálico³⁵. É um procedimento eletivo,

realizado em mulheres fora de trabalho de parto e a partir de 37 semanas de gestação.³⁶

Todos os estudos também reforçaram a importância da presença de uma equipe bem treinada e capacitada para a assistência ao parto vaginal pélvico, e embora o presente trabalho seja sobre a abordagem ao parto pélvico vaginal planejado, é importante ressaltar que parte das apresentações pélvicas são apenas descobertas durante o nascimento o que enfatiza a importância de uma equipe habilidosa, atualizada e preparada a fim de contribuir para a ocorrência de desfechos favoráveis.³⁷

Destaca-se como competências importantes para caracterização de uma equipe capacitada, a habilidade de reconhecimento de sinais de progressão fisiológica para identificar desvios que exigem manobras de desprendimento, bem como a compreensão de maneiras de favorecer a fisiologia do parto pélvico para favorecer um parto sem complicações³⁸. A posição de quatro apoios que favorece a gravidade e também colabora na diminuição da compressão de cordão, visto que a posição litotômica em geral, aumenta a compressão de cordão,³⁹ não realizar puxo dirigido, prezar por uma ambiência calma e silenciosa, além de não restringir a movimentação instintiva da mulher.⁹

Também é unânime entre os estudos a importância de uma assistência protocolada e do uso indispensável de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), principalmente tratando-se de uma temática tão complexa. O termo deve ser muito bem detalhado, dialogado e documentado - incluindo informar a mulher que no parto pélvico o risco de mortalidade perinatal é de 0.5/1000 na cesárea acima de 39 semanas de gestação, e aproximadamente 2.0/1000 no parto pélvico vaginal planejada. O que se equipara a aproximadamente 1.0/1000 no parto vaginal cefálico planejado.⁴⁰

Além disso, de acordo com o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, são indicações de cesárea independentes nas seguintes circunstâncias: peso fetal estimado maior que 3800g ou baixo peso estimado (percentil < 10, apresentação podálica, pescoço hiperestendido em ultrassonografia, evidência de comprometimento fetal anteparto.⁴⁰

Mulheres com gestações pélvicas a termo experienciam uma gama complexa de emoções e pressões internas e externas, devido às percepções de risco em torno do parto pélvico. Nesse sentido um estudo que avaliou as experiências das mulheres na tomada de decisão pela via de parto na apresentação pélvica, identificou que a presença de enfermeiras obstetras se mostrou favorável durante a experiência do parto pélvico, e que índices de cesárea reduzidos, foram observados em estudos que exploraram linhas de cuidado e serviços especializados, e que poderiam reduzir a incidência de morbidade materna grave.⁴¹

Por fim, ainda se tratando desta vertente, pesquisas relacionadas a equipes especializadas em partos pélvicos⁴², indicam que as enfermeiras obstetras estão diretamente envolvidas no cuidado e aconselhamento da mulher com gestação pélvica. Elas são muitas vezes as responsáveis pelas discussões iniciais com a mulher acerca da apresentação pélvica e as avaliações iniciais do caso gestacional.

Além disso, também estão geralmente envolvidas no aconselhamento, e principalmente em decorrência do trabalho de parto e auxílio com posições que favorecem o processo, bem como sobre métodos disponíveis para alívio da dor.⁴³ Em serviços que atuam com uma equipe multidisciplinar, tanto médicos obstetras como enfermeiras obstetras se demonstraram igualmente responsáveis por facilitarem o parto pélvico.⁴⁴

7 CONCLUSÃO

Esta revisão integrativa buscou apresentar as produções científicas acerca dos desfechos materno-infantis relacionados ao parto pélvico vaginal planejado. Apresentou-se como uma limitação do presente estudo a impossibilidade de analisar e averiguar todas as pesquisas na íntegra, pactuando com a possibilidade de terem sido excluídos artigos importantes para a amostragem final deste trabalho, além da impossibilidade de avaliar a qualidade da assistência prestada nas instituições onde foram realizados os estudos. .

Através dos resultados encontrados é notável a necessidade de novos estudos, com melhores níveis de evidências, que busquem assegurar a melhor via de parto e assistência de qualidade às gestantes cujo feto está em apresentação pélvica, bem como seus desfechos a longo prazo.

Entretanto, em sua totalidade, quando comparadas as vias de parto para apresentações pélvicas seus resultados foram similares, tornando ambas as vias válidas, o que configura o parto vaginal para apresentação pélvica ainda como uma opção segura, desde que para casos seletos, definidos com uma triagem efetiva para contraindicações, sendo assistido em um ambiente adequado e munido de recursos, bem equipado e principalmente conduzido por profissionais obstetras experientes e treinados.

É essencial que as instituições materno-infantis mantenham seus protocolos e *guidelines* atualizados com as evidências científicas, bem como preze pela capacitação profissional frequente de sua equipe, a fim de evitar desfechos não favoráveis e preconizar o cuidado de qualidade, seguro e que proporcione boas experiências de parto à gestante e respeito a autonomia materna.

8 REFERÊNCIAS

1. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;CD000083. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6505738/>
2. Births by caesarean section (%) [Internet]. Who.int. 2021. Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-by-caesarean-section-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/births-by-caesarean-section-(-))
3. WHO. WHO statement on caesarean section rates; Internet, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
4. Cavaler CM, Castro A, Figueiredo RC, Araújo TN. Representações Sociais do Parto para Mulheres. *Rev. Mult. Psic.* 2018;12(41):977-90. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/download/1158/1859/4536>.
5. Opiyo N, Kingdon C, Oladapo OT, Souza JP, Vogel JP, Bonet M, et al. Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019 Nov 29;98(1):66–8. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>
6. Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. Global increased cesarean section rates and public health implications: a call to action. *Health Sci Rep*. 2023;6:e1274. 10.1002/hsr2.1274. Available on: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10196217/>
7. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-a-mid-growing-inequalities-in-access>
8. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet Lond Engl*. 2000;356(9239):1375–1383. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11052579/>
9. Fischbein SJ, Freeze R. Breech birth at home: outcomes of 60 breech and 109 cephalic planned home and birth center births. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Oct 11;18(1):397. doi: 10.1186/s12884-018-2033-5. PMID: 30305050; PMCID: PMC6180643. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6180643/>
10. Albrechtsen S, Dalaker K. [Breech presentation--classification and nomenclature]. *PubMed*. 1994 Jun 20;114(16):1845–6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8079304/>
11. Airao BB, Sharma VM, Zala RA, Vasava V. Fetomaternal outcome in breech delivery. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. 2018 May 26;7(6):2480. Disponível em: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/4874/3576>
12. Brasil, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana: relatório de recomendação. n 179, 2016 Mar 1;105–5. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2016/relatorio_diretrizes-cesariana

- [final.pdf](#)
13. ACOG Committee Opinion No. 745: Mode of Term Singleton Breech Delivery. Obstetrics & Gynecology. 2018 Aug;132(2):531–2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30045211/>
 14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. Texto Contexto Enferm. 2008 out/dez;17(4):58-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=en>
 15. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo) [Internet]. 2010 [acesso em: 11 dez. 2023];8(1):102-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
 16. EndNote Basic Site License [Internet]. Clarivate. Disponível em: <https://clarivate.com/products/scientific-and-academic-research/research-discovery-and-workflow-solutions/endnote-site-license/>
 17. Rayyan – Intelligent Systematic Review [Internet]. www.rayyan.ai. Disponível em: <https://www.rayyan.ai/>
 18. NICE. 6 Reviewing the evidence | The guidelines manual | Guidance | NICE [Internet]. www.nice.org.uk. 2012. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/process/pmg6/chapter/reviewing-the-evidence>
 19. Molkenboer JF, Roumen FJ, Smits LJ, Nijhuis JG. Birth weight and neurodevelopmental outcome of children at 2 years of age after planned vaginal delivery for breech presentation at term. Am J Obstet Gynecol. 2006 Mar;194(3):624-9. doi: 10.1016/j.ajog.2005.09.009. PMID: 16522389. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16522389/#:~:text=Conclusion%3A%20Based%20on%20the%20Ages,weight%20greater%20than%203500%20g>.
 20. Goffinet F, Carayol M, Foidart J, Alexander S, Uzan S, Subtil D, PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol. 2006;194:1002-11. doi: 10.1016/j.ajog.2005.10.817. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16580289/>
 21. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Saigal S, Willan A; Term Breech Trial Collaborative Group. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol. 2004 Sep;191(3):917-27. doi: 10.1016/j.ajog.2004.08.004. PMID: 15467565. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15467565/#:~:text=Conclusion%3A%20Maternal%20Outcomes%20at%202, singleton%20breech%20fetus%20at%20term>.
 22. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, Amankwah K, Cheng M, Helewa M, Hewson S, Saigal S, Whyte H, Gafni A; Term Breech Trial 3-Month Follow-up Collaborative Group. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. JAMA. 2002 Apr 10;287(14):1822-31. doi: 10.1001/jama.287.14.1822. PMID: 11939868. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/194813#:~:text=Conclusions%20Planned%20cesarean%20delivery%20for, longer%20term%20outcomes%20is%20uncertain.>

23. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, Gafni A, Guselle P, Helewa M, Hodnett ED, Hutton E, Kung R, McKay D, Ross S, Willan A; Term Breech Trial Collaborative Group. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2004 Sep;191(3):864-71. doi: 10.1016/j.ajog.2004.06.056. PMID: 15467555. Disponible em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15467555/>
24. Irion O, Hirsbrunner Almagbaly P, Morabia A. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998 Jul;105(7):710-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb10200.x. PMID: 9692410. Disponible em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10200.x>
25. Long F, Yan K, Guo D, Zhaxi D, Xu X, Sun Z, Xiao Z. Term breech presentation vaginal births in Tibet: A retrospective analysis of 451 cases. *Front Med (Lausanne).* 2023 Apr 17;10:1048628. doi: 10.3389/fmed.2023.1048628. PMID: 37138741; PMCID: PMC10150607. Disponible em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37138741/>
26. 1.Partab P, Habib A, Tariq G, Naz U, Shameer S, Kazi S. The Outcome of Planned Breech Vaginal Delivery among Obstetrics Patients Presenting at Tertiary Care Hospital, Karachi. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences.* 2022 Apr 30;16(4):617-9. Disponible em: <https://pjmhsnline.com/index.php/pjmhs/article/view/934>
27. Jennewein L, Allert R, Möllmann CJ, Paul B, Kielland-Kaisen U, Raimann FJ, Brüggmann D, Louwen F. The influence of the fetal leg position on the outcome in vaginally intended deliveries out of breech presentation at term - A FRABAT prospective cohort study. *PLoS One.* 2019 Dec 2;14(12):e0225546. doi: 10.1371/journal.pone.0225546. PMID: 31790449; PMCID: PMC6886779. Disponible em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31790449/>
28. 1.Chauhan SP, Magann EF, Naef RW, Martin JN, Aforrison JC. Sonographic assessment of birth weight among breech presentations. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology.* 1995 Jul 1;6(1):54-7. Disponible em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8528803/>
29. Kielland-Kaisen U, Paul B, Jennewein L, Klemm A, Möllmann CJ, Bock N, Schaarschmidt W, Brüggmann D, Louwen F. Maternal and neonatal outcome after vaginal breech delivery of nulliparous versus multiparous women of singletons at term-A prospective evaluation of the Frankfurt breech at term cohort (FRABAT). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020 Sep;252:583-587. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.04.029. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32362353. Disponible em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32362353/>
30. Louwen, F., Daviss, B.-A., Johnson, K.C. and Reitter, A. (2017), Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans?†. *Int J Gynecol Obstet*, 136: 151-161. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12033>. Disponible em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12033>
31. Hejl L, Perdriolle-Galet E, Gauchotte E, Callec R, Morel O. Accouchement par voie

- basse des fœtus en présentation du siège : impact d'une politique incitative de service [Vaginal delivery in case of breech presentation: Impact of a service's incentive]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2017 Nov;45(11):596-603. French. doi: 10.1016/j.gofs.2017.08.007. Epub 2017 Sep 28. PMID: 28964728. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28964728/>
32. Vlemmix F, Bergenhenegouwen L, Schaaf JM, Ensing S, Rosman AN, Ravelli AC, Van Der Post JA, Verhoeven A, Visser GH, Mol BW, Kok M. Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome? A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014 Sep;93(9):888-96. doi: 10.1111/aogs.12449. PMID: 25113411. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25113411/>
 33. Statistics, risks, and benefits of breech birth [Internet]. www.breechwithoutborders.org. Disponível em: <https://www.breechwithoutborders.org/statistics/>
 34. Kim G.J. Reviving external cephalic version: A review of its efficacy, safety, and technical aspects. *Obstet. Gynecol. Sci.* 2019;62:371–381. doi: 10.5468/ogs.2019.62.6.371. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6856475/>
 35. Zhi Z., Xi L. Clinical analysis of 40 cases of external cephalic version without anesthesia. *J. Int. Med. Res.* 2021;49:300060520986699. doi: 10.1177/0300060520986699. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7812407/>
 36. Cobec IM, Varzaru VB, Kövendy T, Kuban L, Eftenoiu AE, Moatar AE, Rempen A. External Cephalic Version-A Chance for Vaginal Delivery at Breech Presentation. *Medicina (Kaunas).* 2022 Nov 10;58(11):1619. doi: 10.3390/medicina58111619. PMID: 36363576; PMCID: PMC9693153. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9693153/>
 37. Carbillon L, Benbara A, Tigaizin A, Murtada R, Fermaut M, Belmaghni F, Bricou A, Boujenah J. Revisiting the management of term breech presentation: a proposal for overcoming some of the controversies. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2020 May 3;20(1):263. doi: 10.1186/s12884-020-2831-4. PMID: 32359354; PMCID: PMC7196223.. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7196223/>
 38. Grillo-Ardila CF, Bautista-Charry AA, Diosa-Restrepo M. Breech presentation delivery care: A review of childbirth semiology, mechanism and care. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2019 Dec;70(4):253-265. English, Spanish. doi: 10.18597/rcog.3345. PMID: 32142240. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32142240/>
 39. Bogner G, Strobl M, Schausberger C, Fischer T, Reisenberger K, Jacobs VR. Breech delivery in the all fours position: a prospective observational comparative study with classic assistance. *J Perinat Med.* 2015 Nov;43(6):707-13. doi: 10.1515/jpm-2014-0048. PMID: 25204214. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25204214/>
 40. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. *BJOG* 2017; 124: e151–e177. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.14465>
 41. Morris SE, Sundin D, Geraghty S. Women's experiences of breech birth decision

- making: An integrated review. Eur J Midwifery. 2022 Jan 25;6:2. doi: 10.18332/ejm/143875. PMID: 35118350; PMCID: PMC8784975. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8784975/>
42. Derisbourg S, Costa E, De Luca L, Amirgholami S, Bogne Kamdem V, Vercoutere A, Zhang WH, Alexander S, Buekens PM, Englert Y, Pintiaux A, Daelemans C. Impact of implementation of a breech clinic in a tertiary hospital. BMC Pregnancy Childbirth. 2020 Jul 29;20(1):435. doi: 10.1186/s12884-020-03122-4. PMID: 32727421; PMCID: PMC7391516. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7391516/>
43. Abdessalami S, Rota H, Pereira GD, Roest J, Rosman AN. The influence of counseling on the mode of breech birth: A single-center observational prospective study in The Netherlands. Midwifery. 2017 Dec;55:96-102. doi: 10.1016/j.midw.2017.09.012. Epub 2017 Sep 21. PMID: 28987933. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28987933/>
44. Catling C, Petrovska K, Watts NP, Bisits A, Homer CSE. Care during the decision-making phase for women who want a vaginal breech birth: Experiences from the field. Midwifery. 2016 Mar;34:111-116. doi: 10.1016/j.midw.2015.12.008. Epub 2015 Dec 29. PMID: 26795725. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26795725/>