

O PERFIL DOS PARTOS PÉLVICOS VAGINAIS TERMO E PRÉ-TERMO TARDIO EM UMA MATERNIDADE DE BELO HORIZONTE: UM ESTUDO TRANSVERSAL

The profile of term and pre-term vaginal breech delivery in a maternity of Belo Horizonte: a Cross-Sectional study

André Vieira Lanza¹, Alvaro Luiz Lage Alves², Sarah Costa da Silva Mangerotti², Caroline Mendonça Arruda⁴, Mayara Ferreira Biasi¹

RESUMO

Introdução: Após a publicação do “*TermBreechTrial*” em 2000, os obstetras no Brasil e no mundo tendem a realizar mais cesarianas eletivas em fetos pélvicos. Contudo, outros estudos têm demonstrado a segurança da via vaginal. **Objetivos:** descrever o perfil obstétrico das pacientes com fetos pélvicos que evoluíram para parto normal e apresentar os procedimentos de assistência a esse tipo de parto em uma maternidade de Belo Horizonte, além de relatar a prevalência de complicações maternas e neonatais em curto prazo na maternidade em questão. **Método:** Foi realizado estudo retrospectivo em pacientes com gestação única e fetos pélvicos entre 34 e 41 semanas, nascidos entre 2015 e 2017, e os dados foram compilados em análise descritiva. **Resultados:** Foi descrito o perfil de 65 parturientes com fetos pélvicos e a assistência oferecida a elas durante o trabalho de parto. Não houve registro de óbitos neonatais e nenhum dos bebês apresentou evidência de lesão neurológica durante a hospitalização, apesar de apresentarem escores de APGAR mais baixos que a média para essa maternidade. **Conclusão:** É necessária elaboração de diretriz hospitalar para apresentações anômalas, implementar atividades de capacitação da equipe e incentivar a versão cefálica externa durante a assistência pré-natal.

Palavras-chave: Apresentação Pélvica; Parto Normal; Versão Fetal.

ABSTRACT

Introduction: Following the publication of Term Breech Trial in 2000, obstetricians in Brazil and around the world tend to perform more elective caesarean sections on pelvic fetuses. However, other studies have shown the safety of the vaginal birth. **Objectives:** To describe the obstetric profile of patients with pelvic fetuses who evolved to vaginal delivery, to present procedures for assisting this type of delivery in a maternity hospital in Belo Horizonte, and to report the prevalence of short-term maternal and neonatal complications. **Method:** A retrospective study was carried out on patients with single gestation and pelvic fetuses between 34 and 41 weeks, born between 2015 and 2017, and the data were compiled in descriptive analysis. **Results:** The profile of 65 parturients with pelvic fetuses was described and the care offered to them during labor. Neonatal deaths were not recorded and none of the infants presented evidence of neurological injury during hospitalization, despite having lower than average APGAR scores for this maternity ward. **Conclusion:** It is necessary to develop hospital guidelines for anomalous presentations, implement staff training activities and encourage external cephalic version during prenatal care.

Keywords: Pelvic Presentation; Normal Birth; Fetal Version.

¹ IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – Recife, PE – Brasil

² Hospital Sofia Feldman – Belo Horizonte, MG - Brasil

³ Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte, MG – Brasil

⁴ Universidade de Itaúna - Itaúna, MG – Brasil

Autor correspondente: Andre Vieira Lanza - Rua dos Coelho N° 300. Bairro: Boa Vista – CEP: 50070-902 – Recife, PE – Brasil. E-mail: andreanza07@gmail.com

INTRODUÇÃO

Ao final da gestação nem sempre os fetos estão em apresentação cefálica, que é a mais favorável ao parto vaginal. Dos fetos a termo, apenas 3 a 5% continuarão em apresentação pélvica, entretanto os obstetras precisam estar preparados para assisti-los.¹⁻³

Antes de 1940, a taxa de mortalidade perinatal entre os fetos pélvicos era aproximadamente 5%, mas a cesariana representava altíssima morbimortalidade para ser usada rotineiramente. Isso mudou com o advento de novas tecnologias, tais como antibiótico-profilaxia, transfusão sanguínea e desenvolvimento das técnicas de cesariana. Assim, apenas a partir da década de 1960 a via de parto na apresentação pélvica começou a ser questionada de maneira mais consistente e apareceram os primeiros estudos de relevância sobre o tema.⁴

Nas últimas duas décadas, surgiram importantes estudos em que o objetivo principal foi avaliar a melhor via de parto para apresentações pélvicas. Um deles merece destaque por contribuir com o aumento expressivo de cesarianas devido a apresentação pélvica em todo o mundo. O Term Breech Trial - ensaio clínico randomizado e multicêntrico, concluiu que o parto vaginal planejado foi associado à maior morbimortalidade neonatal em comparação com a cesariana planejada.⁵

Mas seria a cesariana eletiva uma estratégia efetiva para minimizar riscos fetais ou eles se manteriam independente da via de parto? Poucos anos após a publicação do referido estudo multicêntrico, contradições e vieses na metodologia começaram a ser levantados: alguns dos critérios de inclusão no estudo - boa vitalidade fetal, gestação única, ausência de restrição de crescimento, descrição do modo de apresentação pélvica e presença de profissionais habilitados para assistência ao parto pélvico, foram desrespeitados, comprometendo a qualidade do trabalho. Nos centros de países em desenvolvimento, incluindo o representante brasileiro, os desfechos para os partos vaginais pélvicos foram piores e não coincidentemente a maior parte das falhas metodológicas ocorreu nesses locais. Além disso, estudos observacionais mais recentes com bom delineamento metodológico foram publicados, sugerindo a segurança do parto pélvico por via vaginal e propondo novas condutas e manobras para a assistência ao trabalho de parto e período expulsivo.^{6,7}

Atualmente, a maioria dos fetos pélvicos no Brasil nasce por cesariana. Contudo, o debate sobre os riscos e benefícios do planejamento do parto vaginal para essa apresentação não está esgotado. Além disso, alguns partos ocorrem de maneira natural, ainda que uma cesárea eletiva tenha sido programada previamente, assim, conhecer o perfil de partos vaginais pélvicos em um centro brasileiro seria importante para identificar as particularidades dessa população e verificar a maneira como ocorre a condução desses trabalhos de parto, a fim de melhorar a assistência nessas situações e servir como referencial para aconselhamento de mulheres brasileiras com fetos pélvicos próximos ao termo. Os objetivos desse estudo foram então: descrever o perfil obstétrico das pacientes com fetos pélvicos que evoluíram para parto vaginal, apresentar os procedimentos de assistência a esse tipo de parto e relatar a prevalência de complicações maternas e neonatais em curto prazo na maternidade em uma maternidade brasileira de referência. Como hipótese inicial havia a expectativa de que a condução de partos pélvicos por via vaginal em uma maternidade brasileira

de referência teria baixa prevalência de complicações neonatais, comparável à de países com tradição na condução desses partos, como França, Bélgica e Alemanha.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo retrospectivo em que foram analisados prontuários de pacientes de uma maternidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Foram incluídas no estudo pacientes com gestação única e fetos em apresentação pélvica com idade gestacional entre 34 e 41 semanas, nascidos entre 2015 e 2017. Foram utilizados como critérios de exclusão: parto cesariana, gemelaridade, peso fetal abaixo de 2.500g, gestações de menos de 34 ou mais de 41 semanas e malformações graves.

Amostra

A amostra do estudo foi selecionada por conveniência. No total foram solicitados 521 prontuários ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) da maternidade. Após exclusão dos casos em que não foi possível encontrar o prontuário e dos que não cumpriam os critérios de inclusão e exclusão adotados, a amostra foi composta por 65 parturientes sendo a maior parte (70,77%) com idade entre 20 e 34 anos.

Instrumento e Procedimentos

Os dados foram coletados de maio a dezembro de 2018. Participaram da coleta três pesquisadores, que utilizaram um instrumento formulado para este estudo, intitulado “Roteiro para a Coleta de Dados do estudo Segurança do Parto Vaginal Pélvico em gestações únicas, pré-termo tardio e termo”. O roteiro é composto por perguntas relativas à identificação da gestante (número de prontuário, iniciais do nome, data de internação e de alta e idade), sobre a gestação (idade gestacional, paridade, comorbidades maternas, apresentação e variedade de posição, parto vaginal planejado, peso fetal), sobre a assistência oferecida e o trabalho de parto (uso de ocitocina, ruptura artificial de membranas, dilatação cervical na admissão, métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor e posição do parto), além de informações relacionadas ao desfecho dos partos (índice de Apgar, intubação em sala de parto, internação em Centro de Tratamento Intensivo e óbitos). Este instrumento foi adaptado para registro de dados digitais em um formulário *Google*, utilizado para armazenar os dados obtidos em uma planilha.

A seleção dos prontuários iniciou com uma consulta aos registros de parto disponíveis na maternidade, onde são anotados o número do prontuário, nome da paciente, data do parto e outras observações consideradas importantes pela equipe de enfermagem obstétrica. Os registros de parto são divididos pela via definitiva do parto. Sendo assim, foram coletados dados nos livros de registros de 2015 a 2017 dos partos por via vaginal e por cesariana. Foram buscados registros de prontuários que estavam descritos como “pélvico” ou “podálico”. No entanto, este estudo optou por analisar os dados apenas dos partos por via vaginal.

Os números dos prontuários obtidos foram encaminhados via e-mail ao SAME para que os prontuários físicos fossem disponibilizados para consulta. Os prontuários foram analisados individualmente, primeiramente para confirmar os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e, posteriormente, para executar a coleta dos

dados, o preenchimento do roteiro utilizado e, subsequentemente, para a digitação das variáveis em um formulário *Google*.

Com relação aos aspectos éticos da pesquisa, em atendimento à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os estudos realizados com seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa dessa maternidade e aprovado em dezembro de 2017 sob o parecer Nº 2.411.657.

Análise estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. Uma vez que não apresentaram distribuição Normal (atestado pelo teste de normalidade de Anderson-Darling), as variáveis numéricas foram estudadas pela mediana (mínimo-máximo). O nível de significância utilizado foi de 5% e as análises foram realizadas no software livre R, versão 3.4.3.

RESULTADOS

Após levantamento nos registros de parto, foram solicitados 521 prontuários físicos ao SAME, o que corresponderia a 1,57% do total de partos na maternidade, porém 119 prontuários (22,8%) não foram disponibilizados para consulta por não terem sido encontrados. Estes eram predominantemente mais antigos, ou seja, com internação prévia na maternidade. Dentre os prontuários disponibilizados, ainda foram excluídas 337 parturientes, pois não se adequavam aos critérios de inclusão e exclusão do estudo, a maioria dessas (176) por terem evoluído para cesariana. Outros motivos foram peso fetal abaixo de 2.500g, gestações de menos de 34 ou mais de 41 semanas e malformações graves. Assim, a amostra final foi composta por 65 mães e seus filhos. Na Tabela 1 são apresentadas às variáveis epidemiológicas e o perfil obstétrico das pacientes.

Tabela 1. Variáveis epidemiológicas e perfil obstétrico das parturientes

	n (%)
Idade	
≤ 19 anos	9 (13,85)
20 a 34 anos	46 (70,77)
≥ 35 anos	10 (15,38)
Paridade	
Nulípara	31 (47,69)
Primípara	19 (29,23)
> 1 parto	14 (21,54)
Não informado	1(1,54)
Cesáreas anteriores	
0	58 (89,23)
1	6 (9,23)
2 ou mais	0 (0,00)
Não informado	1(1,54)
Abortos anteriores	15 (23,08)
Comorbidades maternas	11 (16,92)

Fonte: Elaborada pelo autor

A Tabela 2 exhibe aspectos clínicos e do exame obstétrico realizado na admissão, de acordo com os registros das equipes do plantão. Apenas em quatro dos prontuários constava que o parto vaginal era planejado. Chama a atenção que quase um terço das parturientes não teve diagnóstico de apresentação pélvica na admissão. Outro dado importante é que grande parcela dos partos apresentaram amniorrexe anterior à admissão e dilatação maior ou igual a seis centímetros na admissão.

Tabela 2. Aspectos clínicos e do exame obstétrico realizado no momento da admissão, de acordo com os registros das equipes de plantão (N = 65)

	n (%)
Idade gestacional	39 (35 – 41)*
≤ 36 semanas	8 (12,31)
37 a 41 semanas	57 (87,69)
Idade gestacional confiável	53 (81,54)
Apresentação na admissão	
Pélvico	45 (69,23)
Cefálico	14 (21,54)
Ignorado/incerto	6 (9,23)
Turno do parto	
Diurno	35 (53,85)
Noturno	30 (46,15)
Aminiorrexe anterior à admissão	38 (58,46)
Dilatação na admissão	
< 6 cm	29 (44,62)
≥ 6 cm	35 (53,85)
Indeterminado	1 (1,54)
Tentativa de Versão Cefálica Externa	3 (4,62)

* mediana (mínimo – máximo) / Fonte: Elaborado pelo autor

A tabela 3 apresenta os aspectos da assistência das parturientes que tiveram parto vaginal. A posição mais comum para assistência do parto foi supina, mas muitas outras posições foram registradas, havendo inclusive uma parturiente em que o parto ocorreu em imersão na banheira de parto. As manobras utilizadas no período expulsivo foram utilizadas de maneira combinada na maioria das vezes, sendo que a mais frequente foi a manobra de Mauriceau, seguida pela de Rojas, Bracht e Deventer-Muller. Em três casos houve descrição de utilização de manobras no segundo período, porém sem especificações.

São dispostos na Tabela 4 os resultados neonatais dos partos analisados, como índice de Apgar e dados referentes à internação dos recém-nascidos. Apenas cerca de 10% dos recém-nascidos tiveram Apgar menor que sete no quinto minuto de vida. O tempo de internação dos neonatos variou entre 1 e 18 dias com a mediana de 1 dia de internação. Optou-se por utilizar a mediana para os dias de internação devido à grande variação no tempo, porém com uma frequência baixa. Não foi encontrado ou não estava legível o registro do peso fetal em três prontuários, mas como os neonatos nasceram a termo e não havia registros de patologias ou intercorrências relacionadas ao peso fetal os mesmos foram mantidos na análise geral e excluídos apenas da análise desta variável. Apenas um recém-nascido apresentou registro de malformação congênita durante a internação, a mesma foi implantação atípica da uretra.

Tabela 3. Aspectos relacionados à assistência prestada às parturientes com via de parto vaginal (N = 65)

	n (%)
Tempo entre a internação e o parto (horas)	6,29 (0,00 – 113,17)*
Posição do parto	
Supina	26 (40,00)
Banquinho/cócoras/em pé/4 apoios	23 (35,38)
Outras/Ignorado	16 (24,62)
Laceração	40 (61,54)
Se sim	
1°	31 (77,50)
2°	8 (20,00)
3°	0 (0,00)
4°	1 (2,50)
Manobras	27 (41,54)
Fórcipe	3 (4,62)
Métodos não farmacológicos	32 (49,23)
Analgesia regional	16 (24,62)
Ruptura artificial	3 (4,62)
Prolapso de cordão	1 (1,54)
Parto induzido	11 (16,92)
Ocitocina	17 (26,15)
Se sim, tempo de uso (minutos) (n = 17)	210,50 (20,00 – 1200,00)*
Descrição da variedade de posição	
Ignorado	14 (21,54)
Incompleto	0 (0,00)
Completo	16 (24,62)
Nádega pura	35 (53,85)

* mediana (mínimo – máximo) / Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 4. Resultados neonatais e índice de Apgar no 1º e 5º minutos. (N = 65)

	n (%)
Apgar 1 minuto	
< 4	12 (18,46)
< 7	25 (38,46)
≥ 7	40 (61,54)
Apgar 5 minutos	
< 4	1 (1,54)
< 7	7 (10,77)
≥ 7	58 (89,23)
Peso do RN(n=62)	
2500g a 2999g	38 (61,29)
3000g a 3499g	19 (30,65)
3500g a 3999g	3 (4,84)
4000g a 4500g	2 (3,23)
Malformações	1 (1,54)
Intubação	6 (9,23)
Encaminhamento para Centro de Tratamento intensivo (CTI)	
Não	56 (86,15)
Unidade de Cuidado Intermediário (UCI)	5 (7,69)
Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)	4 (6,15)
Motivo de internação do recém nascido(n = 9)	
Icterícia	3 (33,33)
Hipoglicemia	0 (0,00)
Taquipnéia transitória	1 (11,11)
Protocolo resfriamento	3 (33,33)
Outros	3 (33,33)

Fonte: Elaborado pelo autor

DISCUSSÃO

No contexto atual a maioria dos fetos pélvicos nasce por cesariana planejada, mesmo sem evidências sólidas que suportem a indicação.⁸ Nesse sentido é interessante conhecer o perfil de partos vaginais pélvicos em um centro brasileiro onde sejam relativamente comuns, para identificar as particularidades dessa população e verificar a maneira como ocorre a condução desses trabalhos de parto. Nesse estudo sobre partos pélvicos vaginais buscou-se descrever o perfil obstétrico, apresentar os procedimentos de assistência utilizados pela equipe e relatar a prevalência de complicações maternas e neonatais em curto prazo desses partos.

A maternidade em que o estudo foi conduzido é referência no Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde/Brasil. Possui modelo de assistência centrado no papel da enfermagem obstétrica, como o proposto pela Organização Mundial da Saúde e respaldado pela literatura científica internacional.^{9,10} Tem característica de uma instituição com perfil acolhedor, que recebe muitas parturientes em trabalho de parto avançado, por vezes, transferidas de outras maternidades da região metropolitana e do interior. Assim, tornou-se referência na assistência obstétrica e condução de partos vaginais.

Em relação ao perfil obstétrico das gestantes se destacou o fato de que grande parte das mulheres foi internada provavelmente na fase ativa do trabalho de parto (dilatação > 6cm)¹¹, com bolsa rota, e tiveram pouco tempo da internação até o parto. Algumas inclusive tiveram o tempo de internação até o parto igual à zero, ou seja, foram admitidas em período expulsivo e pariram antes de completada a internação. Além disso, houve proporção significativa de parturientes internadas com diagnóstico de apresentação cefálica que foram assistidas no parto vaginal e cuja correção diagnóstica foi realizada na iminência do nascimento. Por isso, há a hipótese de que vários dos partos vaginais deste estudo ocorreram sem planejamento adequado. Sobre a autonomia feminina e programação da equipe nessa situação apenas em quatro prontuários ficou registrado o desejo materno em parir o feto pélvico por via vaginal, mostrando que os profissionais tendem a preterir registrar ou até mesmo realizar a discussão dos riscos e benefícios de cada via de parto com a gestante, talvez porque o assunto não foi abordado no pré-natal adequadamente e seja difícil iniciar a discussão com a mulher na fase ativa do trabalho de parto.

Os resultados encontrados em relação aos modos de apresentação apontaram para uma maior ocorrência do modo nádegas pura, seguido pelo modo pélvico completo. Todavia, em 14 casos o modo da apresentação pélvica na admissão não foi descrito em prontuário ou foi descrito como modo indeterminado. Não houve registros de partos de fetos pélvicos em modo incompleto, provavelmente porque nessa instituição é padrão que se faça cesariana nesses casos. Na literatura os dados apontam que a apresentação pélvica modo de nádegas pura é a mais comum, correspondendo entre 60,4% e 63,5%, seguido pela pélvica completa (28,6 a 33%)^{5,6}. Embora os achados desse estudo tenham sido parcialmente concordantes com a literatura é importante destacar que houve divergência desses números com os dados mundiais e é possível que corresponda a erros de diagnóstico do modo de apresentação, e não por uma particularidade dessa população. Uma vez que o estudo se baseou na análise de prontuários, foram identificados prováveis vieses relacionados às divergências de informações por parte dos profissionais. Por exemplo, em muitos casos foi

usada nomenclatura não padronizada para descrever os modos de apresentação. No entanto, aparentemente a dificuldade em padronizar a nomenclatura para os fetos pélvicos não é exclusiva da equipe da maternidade estudada, já tendo sido relatada em outras publicações.³

A versão cefálica externa (VCE) é um procedimento seguro que pode diminuir a prevalência de fetos pélvicos a termo e subsequentemente diminuir as taxas de cesárea por essa apresentação¹². Porém, no Sistema Único de Saúde, apenas uma pequena parcela de gestantes com fetos pélvicos tem acesso a VCE, seja por uma baixa aceitação das gestantes ou pela falta de experiência dos médicos com o procedimento, que deixam de oferecê-lo durante o pré-natal^{13,8}. Na maternidade estudada a VCE é rotineiramente realizada e o hospital tem sido uma referência para o procedimento, também recebendo gestantes que realizam pré-natal em outras instituições. Apesar deste perfil, neste estudo encontrou-se registro de apenas três pacientes (4,62%) com registro de tentativa de realizar VCE durante o pré-natal. Essa baixa frequência pode estar relacionada à falta de informação nos prontuários, mas também reforça a hipótese de que a VCE não é oferecida rotineiramente durante o pré-natal no sistema público de saúde.

Sobre técnicas para extração de cabeça derradeira, o fórcepe de Piper foi utilizado na assistência de três dos 65 partos vaginais, em contraste com o estudo conduzido por Louwen et al., em que nenhum parto foi instrumentado com fórcepe⁷. No estudo PREMODA, o uso do fórcepe e/ou de manobras para desprendimento da cabeça derradeira atingiu apenas 3% dos 1794 partos vaginais⁶. Nesse estudo não conseguimos selecionar os casos em que as manobras para desprendimento cefálico foram aplicadas isoladamente, por falta de detalhes na descrição do prontuário médico. No entanto, acreditamos que houve excesso de manipulação e de intervenções durante o período expulsivo, devido a alta porcentagem da descrição de manobras (41,54%) e ainda realização de fórcepe em três casos (4,62%), o que seria uma medida extraordinária. Como ponto positivo, observou-se que a equipe da maternidade estudada está disposta a assistir os partos pélvicos vaginais em posições não supinas, pois ao menos 36,9% dos nascimentos por via vaginal aconteceram em posições verticalizadas, o que pode se correlacionar com a incorporação de novas práticas e manobras, conforme proposto por Louwen et al. (2017)⁷.

Sete recém-nascidos apresentaram Apgar menor do que sete no 5º minuto. Entretanto, não houve registro de óbitos e todos os neonatos receberam alta sem alterações neurológicas confirmadas ao exame clínico e ultrassom transfontanela. Os desfechos em longo prazo se mostram importantes no debate da segurança do parto pélvico vaginal. Ressalta-se que o estudo de “*follow up*” do *Term Breech Trial* não revelou prejuízo no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas por via vaginal após dois anos, contradizendo as expectativas do estudo inicial.⁵ Portanto, apesar de significativo o número de recém-nascidos com Apgar menor do que sete, não é possível afirmar que isso se relaciona a um pior desfecho a longo prazo. Cumpre ressaltar que dados sobre os desfechos de longo prazo podem ser colhidos em um estudo de seguimento prospectivo e poderão contribuir para o aprimoramento da assistência.

Amadurecimento cervical seguido de indução em apresentações pélvicas não é rotina na maternidade estudada. Todos os 26 casos de indução registrados nesse estudo foram equivocadamente avaliados

como cefálicos, ou descritos como apresentação incerta ou não havia descrição do exame físico antes do início da indução. Essa situação pode ter colaborado para o aumento de desfechos neonatais desfavoráveis, já que a segurança da indução em fetos pélvicos ainda não foi testada por nenhum ensaio clínico randomizado e tampouco por estudos observacionais com amostras e delineamentos expressivos¹⁴. Houve relato de um caso de prolapso de cordão, logo após a ruptura espontânea das membranas amnióticas, já no período expulsivo. Neste caso o nascimento por via vaginal aconteceu antes da cesariana de emergência. Surpreendentemente, esse recém-nato não foi um dos que apresentaram escore de Apgar menor que sete no 5º minuto ou qualquer desfecho neonatal adverso.

Os percentuais de internação de recém-natos em Centro de Terapia Intensiva neonatal foram superiores ao percentual geral da instituição (2,9% do total de RN com peso maior ou igual a 2.500 gramas no período do estudo). Entretanto, isso não significa que o parto vaginal aumentou a morbidade neonatal, pois independente da via de parto, os desfechos neonatais do feto pélvico costumam ser ligeiramente piores do que para os fetos cefálicos.¹⁵ Compete ressaltar que esses resultados foram insuficientes para conjecturar sobre a segurança do parto pélvico por via vaginal na instituição, sugerindo ser ainda necessário um número maior de casos ou realização de estudos com outros delineamentos para aperfeiçoar esta análise.

O estudo ainda parece ter revelado a heterogeneidade e, por vezes, a limitação na qualidade da assistência na instituição. Como exemplo, observamos que entre os recém-natos com os piores índices de Apgar de 1º e 5º minutos, apenas um nasceu durante o dia, período em que notoriamente a assistência conta com equipe mais completa e horizontal. Os demais nasceram durante plantões noturnos, que em contrapartida estão associados à fadiga profissional e a maior probabilidade de erros e iatrogenias¹⁶. Assim, apesar dos escores de Apgar estatisticamente desfavoráveis, embora esse não seja um critério que reflita necessariamente os desfechos em longo prazo, o contexto e perfil de atendimento da instituição deve ser também considerado na avaliação da segurança do parto vaginal pélvico.

Quanto à laceração vaginal, este estudo encontrou que quase metade das mulheres que tiveram partos pélvicos vaginais não apresentou lacerações vaginais, e apenas uma apresentou trauma perineal grave. Além disso, houve o registro de somente quatro episiotomias, todas relacionadas à necessidade de manobras ou parto instrumentado. Sendo assim, os dados foram positivos, já que outros estudos apontam que mais de 85% das mulheres que tiveram partos vaginais cefálicos apresentam lacerações vaginais de algum grau, com 0,6 a 11% apresentando trauma perineal grave (3º e 4º grau)^{17, 18}. O estudo tinha intenção de comparar os desfechos de acordo com a posição do parto e com as manobras utilizadas, mas houve grande dificuldade em coletar essas informações nos prontuários devido à falta de padrão ou mesmo a ausência de uma descrição detalhada do momento do parto em si.

Parece ser comum no Brasil que as pacientes em trabalho de parto sejam operadas tão logo seja feito o diagnóstico de apresentação pélvica, mesmo se em trabalho de parto avançado. Contudo, os estudos de maior impacto que favoreceram a cesariana avaliaram a realização da mesma de forma eletiva e programada, na maioria das vezes fora do trabalho de parto⁸. Dessa forma é positivo que a maternidade estudada ainda conduza partos normais em

fetos pélvicos evitando assim as complicações associadas a uma cesariana intraparto - entre elas: o aumento do risco de infecção da ferida operatória, internação em UTI, hemorragia, histerectomia e transfusão sanguínea.¹⁹

Estudos observacionais são limitados para avaliar risco e associações, e o não acesso à parte dos prontuários solicitados e falta de padronização na descrição dos prontuários foram vieses consideráveis. Enfatiza-se que, por meio dessa pesquisa, não foram alcançadas conclusões genéricas sobre a segurança do parto pélvico por via vaginal. Para averiguar devidamente a segurança dos partos pélvicos vaginais em países em desenvolvimento, estudos prospectivos comparando os desfechos de acordo com a intenção de tratar pela via de parto (abdominal ou vaginal) deveriam ser realizados, tomando-se o cuidado para que os futuros centros selecionados tenham estrutura adequada e profissionais capacitados para assistência do parto pélvico vaginal.

Ainda assim a contribuição desse trabalho foi valiosa, sendo seu mérito principal descrever a assistência oferecida a essas parturientes em uma das maternidades com maior número de nascimentos do Brasil. Além disso, pôde-se identificar a necessidade de algumas ações, dentre elas a elaboração de uma diretriz hospitalar para apresentações anômalas, implementação de atividades de capacitação das equipes de plantões e o incentivo à tentativa de VCE durante a assistência pré-natal.

CONCLUSÃO

Os problemas presentes nas instituições localizadas nos países em desenvolvimento que influenciaram negativamente os resultados de estudos anteriores não são impossíveis de serem superados. Entretanto, é preciso aumentar o planejamento e melhorar os critérios de indicação da via de parto de fetos pélvicos. Construir uma base de evidências científicas para indicações adequadas de cesariana é apenas um começo para mudança do panorama atual, é necessário também ampliar a discussão pré-natal sobre riscos e benefícios de cada via de parto com a gestante e aumentar o acesso à versão cefálica externa no Brasil. Além disso, gestantes que optarem pelo parto pélvico vaginal devem ter acesso à assistência com profissionais experientes e preparados para atendê-la de acordo com protocolo institucional pré-estabelecido.

REFERÊNCIAS

1. Scheer K, Nubar J. Variation of fetal presentation with gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 1976;125(2):269-270.
2. Hickok DE, Gordon DC, Milberg JA, Williams MA, Daling JR. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: A large population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. Seattle 1992;166(3):851-852.
3. Albrechtsen S, Rasmussen S, Dalaker K, Irgens LM. The occurrence of breech presentation in Norway 1967-1994. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1998;77:410-415.
4. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R. Vaginal Delivery of Breech Presentation. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada* 2009;31(6):557-566.
5. Hannah ME1, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology* 2004;191(3):917-927.
6. Goffinet F1, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, SubtilDet al. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology* 2006;194(4):1002-1011.
7. Louwen F, Daviss BA, Johnson KC, Reitter A. Does breech delivery in an upright position instead of on the back improve outcomes and avoid cesareans? *International Journal Of Gynecology & Obstetrics* 2017;136(2):151-161.
8. Hofmeyr G, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD000166. DOI: 10.1002/14651858.CD000166.pub2
9. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858. CD004667.pub5
10. Tunçalp Ö, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: going beyond survival. *BJOG* 2017;124:860-862.
11. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstetrics and gynecology*. 2010;116(6):1281-1287.
12. Hutton EK, Hofmeyr G, Dowswell T. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 7. Art. No.: CD000084. DOI: 10.1002/14651858.CD000084.pub3
13. Vlemmix F1, Rosman AN, te Hoven S, van de Berg S, Fleuren MA, Rijnders ME et al. Implementation of external cephalic version in the Netherlands: a retrospective cohort study. *Birth* 2014;41(4):323-9.
14. IMPEY, Lawrence W.M. et al. Royal College of Obstetricians and Gynecologists, Green-top Guideline: Management of Breech Presentation. *BJOG* 2017;20(b)7-22.
15. Bjellmo S, Andersen GL, Martinussen MP, Romundstad PR, Hjelle S, Moster D et al. Is vaginal breech delivery associated with higher risk for perinatal death and cerebral palsy compared with vaginal cephalic birth? Registry-based cohort study in Norway. *BMJ Open* 2017;7:e014979. DOI:10.1136/bmjopen-2016-014979.
16. Larsen AD, Hannerz H, Møller SV, Dyreborg J, Bonde JP, Hansen Jet et al. Night work, long work weeks, and risk of accidental injuries. A register-based study. *Scand J Work Environ Health* 2017; 43(6):578-586.
17. Frohlich J, Kettle C. Perineal care. *BMJ ClinEvid* 2015.
18. Villot A, Deffieux X, Demoulin G, Rivain AL, Trichot C, Thubert T. Management of third and fourth degree perineal tears: A systematic review. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015;44(9):802-811.
19. Mascarello K, Horta B, Silveira M. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Revista de Saúde Pública* 2017;51:105.