

LEONARDO DA SILVA CARNEIRO

**ANÁLISE ESTATÍSTICA DE GESTANTES COM
APRESENTAÇÃO FETAL PÉLVICA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO
ENTRE 2014 E 2018**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, no Departamento de
Ginecologia e Obstetrícia como requisito para
a conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina**

2022

LEONARDO DA SILVA CARNEIRO

**ANÁLISE ESTATÍSTICA DE GESTANTES COM
APRESENTAÇÃO FETAL PÉLVICA NO HU-UFSC
HOSPITAL POLYDORO ERNANI DE SÃO TIAGO ENTRE
2014 E 2018**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, no Departamento de
Ginecologia e Obstetrícia como requisito para
a conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edevard José de Araújo

Professor Orientador: Prof. Dr. Hugo Alejandro Arce Iskenderian

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Carneiro, Leonardo da Silva
ANÁLISE ESTATÍSTICA DE GESTANTES COM APRESENTAÇÃO FETAL
PÉLVICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO
THIAGO ENTRE 2014 E 2018 / Leonardo da Silva Carneiro ;
orientador, Hugo Alejandro Arce Iskenderian, 2022.
33 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Parto pélvico. 3. trabalho de parto. 4.
Apgar. 5. apresentação fetal. I. Arce Iskenderian, Hugo
Alejandro . II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Medicina. III. Título.

LEONARDO DA SILVA CARNEIRO

**ANÁLISE ESTATÍSTICA DE GESTANTES COM
APRESENTAÇÃO FETAL PÉLVICA NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO
THIAGO ENTRE 2014 E 2018**

FLORIANÓPOLIS, 01 DE JULHO DE 2022.

PROF. DR. EDEVARD JOSÉ DE ARAÚJO

COORDENADOR DO CURSO

BANCA EXAMINADORA:

PROF. DR. HUGO ALEJANDRO ARCE ISKENDERIAN

ORIENTADOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PROFA. DRA. ROXANA KNOBEL

AVALIADORA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PROFA. DRA KAROLINE BUNN BORBA

AVALIADORA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha mãe, amiga e maior fã, Sueli, por acreditar em mim desde o início e me apoiar em todas as decisões. Agradeço também aos meus estimados amigos, por todas as noites de sono em claro buscando respostas ao mundo, por toda a admiração, carinho e cumplicidade. Ao professor e meu orientador Dr. Hugo, pela paciência e coragem de enfrentar esse desafio comigo. A Dra. Roxana, por inestimável acolhimento e ajuda na disponibilização de material necessário à pesquisa.

A todos os pacientes que, com os quais, tive o privilégio de aprender, escutar e acolher.

RESUMO

Introdução: Em casos de parto com apresentação fetal pélvica, a eleição da via de parto representa um importante componente para o desfecho e às eventuais intercorrências relacionadas ao parto. Nesta esfera, percebe-se que nesses casos faz-se necessária uma rede de assistência contando com obstetras com experiência, além de anestesista e neonatologista de prontidão, para que, avaliem-se as condutas da via de parto. As intercorrências acima citadas apresentam-se por adversidades no período expulsivo, pode-se mencionar: anóxia fetal por compressão de cordão, distócia, traumas obstétricos e malformações fetais.

Objetivo: Fita-se analisar o perfil e desfecho das pacientes com AFP na maternidade HU-UFSC. **Metodologia:** Dados da ficha de histórico clínico perinatal das parturientes com AFP no momento de admissão no centro obstétrico entre 2014 e 2018, pelo banco de dados informatizado da maternidade HU-UFSC. Analisado pelo *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS V021)*.

Resultados: Analisadas as fichas com um total de 4,9% com AFP, houve correlação com prematuridade gestacional, AFP ($p < 0,001$), com (Odds-Ratio) de 3,494 vezes em partos até 32 semanas, comparado a partos com 33 semanas. Idade materna avançada ($p < 0,001$), autodeclaradas brancas ($p = 0,042$), com (OR) de 1,325, também apresentou um menor peso do recém-nascido com AFP, 3062,09Kg e 3250,68Kg para AFP e não AFP respectivamente. Via de parto tendo um (OR) de 21,174 de ocorrência de parto cesárea quando AFP **Conclusão:** Concluir-se que há correlação estatística com significância das variáveis que se relacionam com o perfil das gestantes com AFP no setor de obstetrícia do HU-HUFSC entre 2014 e 2018.

PALAVRAS-CHAVE: parto pélvico; apresentação fetal; via de parto

ABSTRACT

Introduction: In cases of delivery with fetal breech presentation, the choice of delivery method represents an important component for the outcome and eventual complications related to childbirth. In this sphere, it is clear that in these cases, a care network is necessary, with experienced obstetricians, in addition to an anesthesiologist and neonatologist on call, so that the conduct of the delivery method can be evaluated. The complications mentioned above are due to adversities in the expulsive period, including: fetal anoxia due to cord compression, dystocia, obstetric trauma and fetal malformations ***Objective:*** To analyze the profile and outcome of patients with AFP at the HU-UFSC maternity hospital. ***Methodology:*** Data from the perinatal clinical history form of parturients with AFP at the time of admission to the obstetric center between 2014 and 2018, through the computerized database of the HU-UFSC maternity hospital. Analyzed by the Statistical Package for the Social Sciences software (SPSS V021). ***Results:*** Analyzing the records and 4.9% with AFP, there was a correlation with gestational prematurity, AFP ($p < 0.001$), with (Odds-Ratio) of 3.494 times in deliveries up to 32 weeks, compared to deliveries at 33 weeks. Advanced maternal age ($p < 0.001$), self-reported white ($p = 0.042$), with an (OR) of 1.325, also presented a lower weight of the newborn with AFP, 3062.09Kg and 3250.68Kg for AFP and non-AFP respectively. Mode of delivery having an (OR) of 21,174 of occurrence of cesarean delivery when AFP ***Conclusion:*** It is concluded that there is a statistical correlation with significance of the variables that relate to the profile of pregnant women with AFP in the obstetrics sector of the HU-HUFSC between 2014 and 2018.

KEYWORDS: breech delivery; fetal presentation; way of delivery

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Quantificação da ocorrência de apresentações pélvicas no HU- UFSC – 2014 a 2018	19
Tabela 2 - Prevalência de AFP com parada com apresentação cefálica entre mulheres autodeclaradas brancas e não brancas no HU- UFSC – 2014 a 2018	20

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Desvio padrão e média de peso de RN cefálico x pélvico entre 2014 e 2018 no HU-UFSC

21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFP	Apresentação fetal pélvica
CLAP	Centro Latino-Americano de Perinatologia
CO	Centro Obstétrico
HU	Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
IC	Intervalo de Confiança
IG	Idade gestacional
N	Número total da amostra
n	Número de parte da amostra
OR	Odds-ratio
PC	Parto cesárea
PN	Parto normal
SPSS	<i>Statistical Package for the Sciences Software</i>
TP	Trabalho de parto
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
VCE	Versão Cefálica Externa

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....	14
MATERIAL E MÉTODO.....	15
RESULTADOS	16
DISCUSSÃO.....	17
CONCLUSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
NORMAS ADOTADAS.....	27
ANEXO 1 - FORMULÁRIO CLAP	28
ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	30

1. INTRODUÇÃO

Cerca de 3% a 4% das gestações a termo manifestam apresentação pélvica [2]. Há uma maior chance de evoluir como um trabalho de parto distócico, podendo haver insinuação sem dilatação completa, não modelagem óssea do polo cefálico fetal durante a descida na pelve materna, e apresentação com hiperextensão do cervical [4]. Os fatores predisponentes à apresentação pélvica incluem: trabalho de parto pré-termo; alterações uterinas; anomalias fetais. Se o parto é vaginal, a apresentação pélvica pode aumentar o risco de trauma no nascimento; distocia (parto difícil) ou mesmo morte perinatal

Como alternativa a habitual escolha da via cesariana, pode-se citar possibilidade de eleger uma alternativa de via de parto vaginal fazendo uso da versão cefálica externa VCE [6], contudo esta apresenta riscos que evitados pela eleição da via cesariana, Estudos demonstram que há, contudo, há riscos associados (evitados a este procedimento alternativo, como: Descolamento prematuro da placenta, rotura uterina, embolia amniótica, hemorragia fetal materna, parto prematuro, sofrimento fetal, óbito fetal. Diante deste quadro é possível constatar que a escolha do método mais efetivo e seguro não está plenamente delineado e a cesárea eletiva não representa um axioma entre os profissionais mais experientes.

Justamente em função desta incompatibilidade, houve -e seguem havendo- convenções para que se encontre uma prática comum e comprovadamente efetiva para estes casos. Em 1994, houve uma reunião em território canadense que teve como objetivo estabelecer uma praxe no que se refere a seleção de gestantes com apresentação pélvica no termo, para assim, contar com um protocolo de planejamento para partos de via vaginal e da prossecução intraparto nas parturientes que pudessem ter considerada a eleição desta via de parto [8]. Não obstante, a referida reunião realizou um ensaio clínico randomizado compreendendo mulheres com apresentação pélvica no termo e comparando a cesárea eletiva com o parto vaginal. Os resultados deste consenso mostraram que a paridade e idade das mulheres não devem ser critérios de exclusão para parto vaginal. Por outro lado, hiperextensão da cabeça e peso fetal estimado superior ou igual a 4.000 g devem ser critérios para a realização de parto cesárea. Quanto à maneira de assistir ao parto pélvico vaginal, concluíram que a apresentação pélvica não é contraindicação para a indução do trabalho de parto; que a condução do trabalho de parto com ocitocina para corrigir a atividade uterina inadequada é razoável, desde que não haja desproporção cefalopélvica; que a indicação de rotura das membranas deve seguir os mesmos critérios da apresentação cefálica quando se trata de apresentação pélvica completa; que o período expulsivo superior a uma hora é indicação de cesárea; que o encravamento de cabeça

derradeira deve ser resolvido com fórceps de piper ou manobra de Mauriceau; e que a versão cefálica externa deve ser realizada apenas a partir da 37ª semana[8]

Em um formulário de respostas empregado por um hospital da Irlanda constatou que, no seu quadro de pessoal, apenas 39% dos respondentes afirmaram sentir-se seguros para a execução de um parto pélvico por via vaginal [39].

Diante do supracitado, é possível perceber que persistem questionamentos em relação a melhor conduta e a qual via de parto acarreta menores chances de intercorrências relacionadas ao parto.

2. OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

2.1. Geral

Analisar o perfil e desfecho das pacientes com a AFP internadas na maternidade HU-UFSC.

2.2. Específicos

Identificar e dimensionar a correlações e incidência de casos que, em via de AFP, apresentassem: prematuridade, etnia, escala de Apgar entre 1º e 5º minutos de vida do neonato, eleição da via de parto, idade da parturiente e malformação fetal.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

É transversal, lançando mão do instrumento desenvolvido pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP; <http://www.clap.ops-oms.org/>) e utilizado desde 1995 na maternidade do HU-UFSC. Os dados contidos no protocolo são revisados e outorgados de forma periódica, usando como base as fichas de prontuários obtidos no momento anterior ao armazenamento no CLAP.

3.2. Procedimentos

Foram selecionados dados da ficha de histórico clínico perinatal das parturientes que apresentaram gesta única, AFP quando do momento de admissão no centro obstétrico, no período compreendido entre 2014 e 2018, por intermédio do banco de dados informatizado da maternidade HU UFSC.

Nas fichas supracitadas, relacionam-se dados: 1) maternos; 2) da gestação e do parto; 3) do recém-nascido, a saber:

Dados maternos contam com idade materna e IG.

No que se refere aos dados do RN, avalia-se peso, sexo, índices de Apgar para 1º e 5º.

O material selecionado seguiu o protocolo do banco de dados da maternidade, com a devida distribuição da frequência das variáveis de interesse.

Foram excluídas gestações gemelares e natimortos. A verossimilhança dos resultados obtidos foi ratificada com apoio do teste estatístico de Qui-quadrado e Teste-T. A análise dos dados foi realizada através do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS V021)* e a estimativa de risco foi considerada significância $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

De um total de 7896 fichas existentes quanto a 2014 e 2018, para análise absoluta de AFP foi-se considerada a variável natimortos excluindo apenas gestações gemelares resultando num N de 7641 fichas analisadas, demonstrando 4,9% de AFP, para as demais análises foram excluídas gemelares e natimortos sendo consideradas válidas 7578 fichas como N para a análise do perfil de AFP no HU. Verificou-se entre a faixa de idade das gestantes (tabela 1) taxas que variam entre 3,4% e 9,5% na ocorrência de AFP ($p < 0,001$) de acordo com o decorrer das décadas de idade reprodutiva.

Entre a etnia da parturiente (tabela 1), aquelas autodeclaradas brancas comparadas com não brancas apresentaram AFP ($p = 0,042$), com (OR) de 1,325 para ocorrência de AFP.

Em parturientes com IG até 36+6 semanas AFP representou ($p < 0,001$) comparado partos >36+6 semanas. Comparando IG de forma estratificada (tabela 1), sendo as variáveis: até 32 semanas nota-se AFP ($p < 0,001$), com (OR) de 3,494 AFP comparando partos a partir de 33 semanas. Para partos até 28 semanas, observou-se ocorrência de AFP ($p < 0,001$), com (OR) 2,703 AFP do que em partos com 29 semanas ou mais.

No que se refere a associação de via de parto com AFP (tabela 1) a ocorrência de AFP e PC ($p < 0,001$), sendo que dos 362 partos que aconteceram em apresentação pélvica 33 foram PN, o que representa 0,7% da amostra, representando um (OR) de 21,174 de ocorrência de PC em AFP.

Analisando malformações fetais não categorizadas, malformação e AFP ($p < 0,001$), com (OR) de 2,767 comparativamente entre AFP associada a malformação ou não apresentando malformação.

Entre partos em que os RN receberam nota de Apgar <7 (tabela 2) no primeiro minuto, RN em AFP apresentaram ($p < 0,001$), com (OR) 2,23, comparando com não AFP independente da via de parto, já em partos com escala de Apgar <7 no quinto minuto, associação estatisticamente significativa com ocorrência de AFP em PN ($p < 0,000$), enquanto em PC o achado foi de ($p = 0,068$) corroborando com estudos que colocam a cesárea como via de parto de preferência.

As médias de peso (gráfico 1) entre AFP e não AFP foi de 3062,09Kg e 3250,68Kg respectivamente, já o desvio padrão identificado entre as variáveis foi de 552,118 e 723,810 e um ($p < 0,001$).

5. DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra correlação com diversos ensaios referenciados e traça o perfil de AFP nas parturientes que foram admitidas no HU-UFSC, tem importância por elencar dados que, quando gestantes com essas características forem admitidas no serviço possam receber a conduta adequada. De um total de 7896 fichas existentes, 7578 foram consideradas para a análise do perfil de AFP no HU UFSC que entre os anos de 2014 e 2018 foi cerca de 4,9% das parturientes [1,2,3,4,5].

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a faixa de idade da gestante demonstrando que quanto mais próxima da idade de menopausa, maior a prevalência de AFP, chegando a 9,5% das apresentações fetais [1,2,3].

Demonstra-se associação estatisticamente significativa entre a etnia da mãe, aquelas autodeclaradas brancas apresentaram maior prevalência de AFP comparado a mulheres não brancas. Achado que se contrapõe à expostos que sugerem a AFP mais frequente em mulheres não brancas pela apresentação demorar mais para descer [5], no entanto, outros ensaios demonstram etnias subsaarianas como fator de proteção para AFP [3].

Associação estatisticamente significativa entre a prematuridade e a ocorrência de AFP ($p < 0,001$) com progressiva redução na sua prevalência com a evolução da gestação [1,2,3,9]. Outros ensaios demonstram etnias subsaarianas como fator de proteção para AFP [3].

Já a correlação entre AFP e média de peso inferior a não AFP justifica-se pela frequência de em prematuros que conseqüentemente cursam com peso menor [38].

. Malformação fetal congênita frequentemente associa-se a AFP e o presente ensaio reafirma o achado, sendo indispensável a atenção do profissional obstetra para intercorrências correlatas [1,3,5,10].

A escolha da via de parto como ponto forte do trabalho merece atenção pois representou um (OR) de 21,174 na ocorrência de PC em AFP, a escolha é endossada por diversos estudos. [1,2,3,38], entretanto há alternativas viáveis para esse manejo assegurando um PN seguro [5,6,7].

Nos cuidados pós natais imediatos em que no primeiro minuto o Apgar < 7 tem repercussão estatística independente da via de parto [1,2,5,13] e no quinto minuto o PN representa maior chance de repetir Apgar < 7 sendo um dos achados que sustentam o PC como

primeira escolha de manejo [1] observa-se em ensaios que conduzir o trabalho de parto em AFP com intenção de PN representa insegurança dos profissionais e não permissão das parturientes que acabam optando pelo PC [3].

Tabela 1 – Achados gerais de correlação entre AF

Variáveis	AFP		p valor	OR	IC 95%
	Sim n (%)	Não n (%)			
APF	375	4,90%			
	7266	95,10%			
Idade			<0,001		
15 a 25	21	3,4%			
26 a 35	136	4,0%			
36 a 45	124	5,6%			
46 a 55	23	9,5%			
Etnia			<0,042	1,325	1,043~1,683
Branca	267	5,20%			
Não branca	95	3,90%			
Idade Gestacional geral					
Até 26 semanas	6	25,00%			
Até 32 semanas	20	14,4%	<0,001	3,494	2,149~5,683
33 semanas ou mais	331	4,6%			
IG estratificada					
26 a 32 semanas	11	12,10%			
32 a 36 semanas	44	10,00%			
37 a 41 semanas	299	4,30%			
42 ou mais semanas	0	0,00%			
Parto Cesárea			<0,001	21,174	14,753~30,388
Sim	329	12,5%			
Não	33	0,7%			
Malformação fetal			<0,001	2,767	1,810~4,230
Presente	135	87,1%			
Ausente	284	4,7%			

* HU-UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

Tabela 2 – AFP Índice de Apgar e via de parto

Variáveis	AFP				p valor	OR	IC 95%
	Sim n (%)		Não n (%)				
APGAR PN x PC							
Primeiro Minuto PN					0,09	4,537	1,708~12,050
>7	23	0,5%	4445	99,5			
<7	5	2,3%	213	97,7%			
Primeiro Minuto PC					0,93	1,701	1,135~2,549
>7	287	12,2%	2075	87,8			
<7	32	19,0%	136	81%			
Quinto Minuto PN					<0,001	11,518	3,364~39,438
>7	25	0,5%	4607	99,5%			
<7	3	5,9%	48	94,1%			
Quinto Minuto PC					0,068	1,984	0,938~4,197
>7	309	12,4%	2180	87,6%			
<7	9	22,0%	32	78,0%			
1º minuto					<0,001	2,23	1,560~3,188
>7	310	4,5%	6520	95,5%			
<7	37	9,6%	349	90,4%			
5º minuto					<0,001	3,048	1,645~5,647
>7	334	4,7%	6787	95,5%			
<7	12	13,0%	80	87,0%			

* HU-UFSC= Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

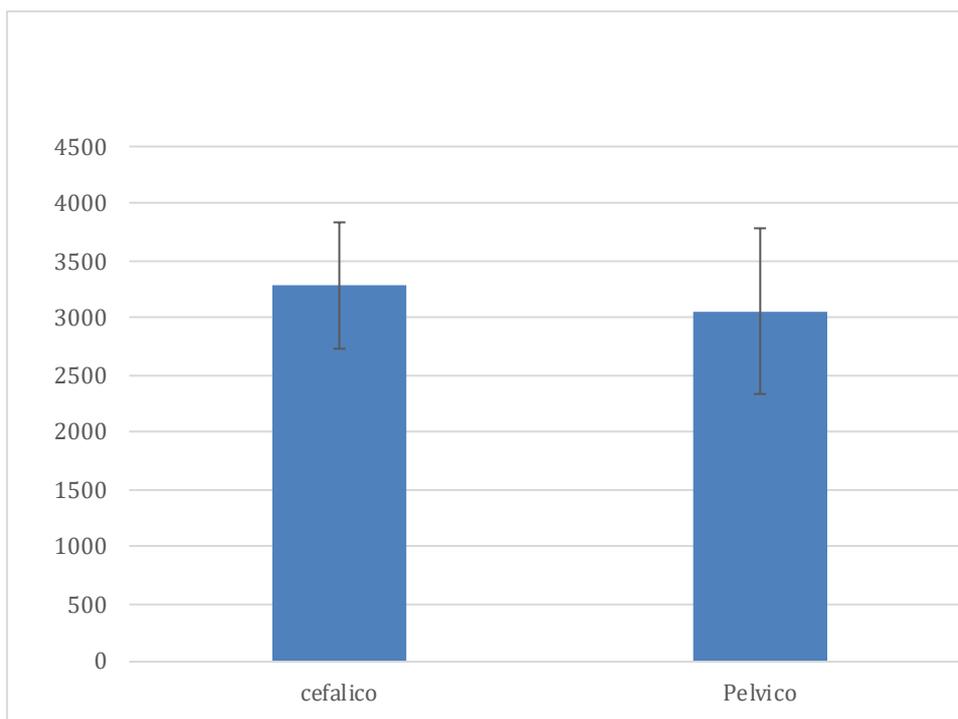


Gráfico 1 – Desvio Padrão e média de peso entre RN cefálico x pélvico

5. CONCLUSÃO

Dado o exposto, pode-se chegar a conclusão de que os perfis de ocorrência de AFP são preponderantes em mulheres autodeclaradas brancas, bem como a notória associação entre prematuridade gestacional e a referida apresentação de estática fetal.

Permite-se relatar que existe uma predisposição de configuração da Escala de Apgar no 1º minuto apresentarem maiores chances de avaliação <7 nos RN avaliados como AFP independente da via de parto, já no 5º minuto percebe-se correlação entre Apgar <7 tendo relevância estática em PN, mas não em PC.

Verificou-se ainda neste quadro que existe uma associação estatisticamente significativa entre a faixa de idade da gestante e a ocorrência de apresentação pélvica.

Assim como a correlação entre AFP e malformações fetais congênitas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. *The Lancet* [Internet]. 2000 Oct;356(9239):1375–83. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02840-3/fulltext?_eventId=login](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02840-3/fulltext?_eventId=login)
2. HICKOCK, Durlin; GORDON, Diane; WILLIAMS, Michelle; DALING, Janet. The frequency of breech presentation by gestational age at birth: A large population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [S. l.], ano P851-852, v. 166, n. 3, p. 7-92, 1 mar. 1991. DOI [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(92\)91347-D](https://doi.org/10.1016/0002-9378(92)91347-D). Disponível em: [https://www.ajog.org/article/0002-9378\(92\)91347-D/pdf](https://www.ajog.org/article/0002-9378(92)91347-D/pdf). Acesso em: 22 jun. 2022.
3. Fruscalzo A, Londero AP, Salvador S, Bertozzi S, Biasioli A, Della Martina M, et al. New and old predictive factors for breech presentation: our experience in 14 433 singleton pregnancies and a literature review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2013 Jun 14;27(2):167–72.
4. BERHAN, Y; HAILEAMLAK, A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned cesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *National Library of Medicine, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, ano 2016, 29 jul. 2015. *BJOG*, p. 49-57. DOI 10.1111/1471-0528.13524. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26234485/#affiliation-1>. Acesso em: 12 maio 2022.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Breech Presentation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017 Mar 16;124(7):e151–77.
6. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2017 Mar 16;124(7):e178–92.
7. AFONSO, Maria; FONSECA, Andrea; PINTO, Luisa; TAVARES, Sara. External cephalic version: Versão cefálica externa. *Acta Obstet Ginecol Port*, [S. l.], ano 2021, v. 1, n. 15, 6 jan. 2021. *Guidelines/Normas de Orientação Clínica*, p. 69-74. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/13-norma_spommf_versao_cefalica_externa.pdf. Acesso em: 19 maio 2022.
8. AQUINO, Márcia; GARCIA, Gabriela; RODRIGUES, Tayse; MESQUITA, Maria; CECATTI, José; NETO, Corintio. Obstetric Management in Breech Presentation. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, [S. l.], ano 2000, v. 8, n. 22, p. 7-14, 11 jul. 2003. DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-72032000000800008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/hbxmQTMFVc3J6DYZZ6vKd3r/?lang=pt>. Acesso em: 30 jun. 2022.
9. VALENTE, Maria; AFONSO, Maria; CLODE, Nuno. Vaginal Breech Delivery at Term. *Obstetrics & Gynecology. Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, [S. l.], ano 2020, v. 11, n. 42, p. 8-21, 7 maio 2020. DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713804>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/NKpqqdWDzwKBJNhFy6BLKpq/?lang=en#>. Acesso em: 21 maio 2022
10. PASUPATHY, Dharmindra; WOOD, Angela M; PELL, Jill P; FLEMING, Michael; SMITH, Gordon CS. Time trend in the risk of delivery-related perinatal and neonatal death

- associated with breech presentation at term. *International Journal of Epidemiology*, [S. l.], ano 2009, v. 38, n. 2, p. 490-498, 31 out. 2018. DOI <https://academic.oup.com/ije/article/38/2/490/655023?login=false>. Disponível em: <https://academic.oup.com/ije/article/38/2/490/655023?login=false>. Acesso em: 5 jun. 2022.
11. GLEZERMAN, Marek. Five years to the term breech trial: Five years to the term breech trial. *Clinical Opinion*, [S. l.], ano 2006, v. 194, n. 1, p. 20-25, 1 jan. 2006. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.08.039>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16389006/>. Acesso em: 26 maio 2022.
 12. LAWSON, Gerald. The term breech trial ten years on: primum non nocere?. *Wiley Periodicals, Inc.*, [S. l.], ano 2012, v. 39, n. 1, p. 3-9, 9 jan. 2012. DOI 10.1111/j.1523-536X.2011.00507.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22369600/>. Acesso em: 3 jun. 2022.
 13. SENTILHES, L; BRUN, S; LORTHE, E; KAYEM, G. Preterm Breech Presentation: A Comparison of Intended Vaginal and Intended Cesarean Delivery.. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*. Published by Wolters Kluwer Health, Inc., [S. l.], ano 2016, v. 127, n. 6, 1 jun. 2016. Letters, p. 1070-1097. DOI 10.1097/AOG.0000000000001458. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/27214176>. Acesso em: 4 jun. 2022.
 14. GOFFINET, F; AZRIA, E; KAYEM, G; SCHMITZ, T; DENEUX-THARAUX, C. Re: The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies: Let's avoid simplistic radicalism when reality is complex.. *BJOG*, [S. l.], ano 2016, v. 123, n. 1, p. 145-147, 29 dez. 2015. DOI 10.1111/1471-0528.13734. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26715350/>. Acesso em: 10 jul. 2022.
 15. GOFFINET, François *et 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*, [S. l.], ano 2006, v. 194, n. 4, p. 1002-1011, 27 out. 2005. DOI 10.1016/j.ajog.2005.10.817. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(05\)02440-3/fulltext#articleInformation](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(05)02440-3/fulltext#articleInformation). Acesso em: 9 jun. 2022.
 16. VLEMMIX, FLOORTJE *et al.* Term breech deliveries in the Netherlands: did the increased cesarean rate affect neonatal outcome?: A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, [S. l.], ano 2014, v. 93, p. 888-896, 25 jun. 2014. DOI 10.1111/aogs.12449. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aogs.12449>. Acesso em: 11 jun. 2022.
 17. SMITH, G C. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. *American journal of obstetrics and gynecology.*, [S. l.], ano 2001, v. 184, n. 3, p. 489-496, 1 fev. 2001. DOI 10.1067/MOB.2001.109735. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11228508/>. Acesso em: 12 jun. 2022.
 18. HELLSTEN, C; LINDQVIST, PG; OLOFSSON, P. Vaginal breech delivery: is it still an option?. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, [S. l.], ano 2003, v. 111, n. 2, p. 122-128, 6 mar. 2003. DOI [https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(03\)00189-1](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(03)00189-1). Disponível em: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(03\)00189-1/fulltext#articleInformation](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(03)00189-1/fulltext#articleInformation). Acesso em: 16 jun. 2022.
 19. TOIVONEN, ELLI; PALOMAKI, OUTI; HUHTALA, HEINI; UOTILA, JUKKA. Selective Vaginal Breech Delivery at Term—Still and Option. *Obstetrical & Gynecological Survey*, [S. l.], ano 2013, v. 68, n. 2, p. 82-84, 11 jun. 2012. DOI 10.1097/01.ogx.0000427613.02489.c2. Disponível em:

- https://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2013/02000/Selective_Vaginal_Breech_Delivery_at_Term_Still_an.4.aspx. Acesso em: 17 jun. 2022.
20. DOYLE, Nora M; RIGGS, John W; RAMIN, Susan M; SOSA, Manuel A; GILSTRAP LC 3RD., Larry C. Outcomes of Term Vaginal Breech Delivery. *American Journal of Perinatology*, [S. l.], ano 2005, v. 22, n. 6, p. 325-328, 1 ago. 2005. DOI 10.1055/s-2005-871530. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16118722/>. Acesso em: 18 jun. 2022.
 21. FREITA, Paulo; SAKAE, Thiago; JACOBINO, Maria E. M L. Fatores médicos e não-médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, [S. l.], ano 2008, v. 24, n. 5, 1 maio de 2008. FATORES ASSOCIADOS ÀS TAXAS DE CESARIANA, p. 1052-1061.
 22. 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. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2004), [S. l.], ano 2004, v. 191, p. 864-871, 2 jul. 2004.
 23. Mostello D, Chang JJ, Bai F, Wang J, Guild C, Stamps K, et al. Breech presentation at delivery: a marker for congenital anomaly? *Journal of Perinatology*. 2013 Oct 24;34(1):11–5.
 24. FRANCESCHINI, DÉBORA THOMPSON BIASOLI. Comparação da vitalidade entre recém-nascidos de parto normal e de cesárea. Orientador: Maria Luzia Chollopetz da Cunha. 2006. 37 p. Trabalho de Conclusão de Curso, (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul., [S. l.], 2006.
 25. SMITH, Gordon C.S. Life-table analysis of the risk of perinatal death at term and post term in singleton pregnancies. 0002-9378/2001. ed. [S. l.]: Gordon C.S. Smith, MD, University of Glasgow, Department of Obstetrics and Gynaecology, The Queen Mother's Hospital, Yorkhill, Glasgow, United Kingdom, 27/06/2000. 8 p. v. 6/1/109735.
 26. RIETBERG, Christine C.Th.; ELFERINK-STINKENS, Patty M.; VISSERC, Gerard H.A. The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behavior and neonatal outcome in The Netherlands:: an analysis of 35,453 term breech infants. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, [S. l.], ano 2005, v. 112, p. 205-209, 1 fev. 2005.
 27. XVIII CONGRESSO LATINOAMERICANO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, 2005, República Dominicana. Apresentação Pélvica na Gestação de Termo em Pacientes com Partos Vaginais Prévios [...]. [S. l.: s. n.], 17/11/2004.
 28. LEUNG, Viola Kit Tong; SUEN, Stephen Sik Hung; SAHOTA, Daljit Singh; LAU, Tze Kin; LEUNG, Tak Yeung. External cephalic version does not increase the risk of intrauterine death:: a 17-year experience and literature review. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, [S. l.], ano 2012, v. 29, n. 5, p. 1774-1778, 30 jan. 2012.
 29. KOTASKA, Andrew; MENTICOGLU, Savas; GAGNON, Robert. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE: Vaginal Delivery of Breech Presentation. 226. ed. [S. l.]: Maternal Fetal Medicine Committee and approved by the Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Junho 2009. v. 226.
 30. HOFMEYR, G.J.; KULIER, R; WEST, H.M. External cephalic version for breech presentation at term (Review). 3. ed. [S. l.]: The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd., 2015. ISBN 10.1002/14651858.CD000083.pub3.
 31. HERBST, Andreas; KALLÉN, Karin. Influence of mode of delivery on neonatal mortality and morbidity in spontaneous preterm breech delivery. © 2006 Elsevier Ireland Ltd.

- Published by Elsevier Inc. All rights reserved., [S. l.], ano 2007, v. 133, p. 25029, 30 ago. 2006.
32. PASUPATHY, Dharmindra; WOOD, Angela M; PELL, Jill P; FLEMING, Michael; SMITH, Gordon CS. Time trend in the risk of delivery-related perinatal and neonatal death associated with breech presentation at term. *International Journal of Epidemiology*, Oxford University Press on behalf of the International Epidemiological Association, ano 2009, v. 38, p. 490=498, 29 set. 2008.
 33. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (United Kingdom). RCOG Green Top Guideline. Green Top Guideline nº45: Birth After Previous Cesarean Birth. 2. ed. rev. United Kingdom: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015. 31 p. v. 45.
 34. GOLDENBERG,, Robert L; CULHANE, Jennifer F; IAMS, Jay D.; ROMERO, Roberto. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, [s. l.], ano 2008, v. 371, ed. 2, p. 75-84, 5 jan. 2008.
 35. MANUAL DE ROTINAS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA: Obstetrícia. [S. l.]: CEJP, 2018- . ISSN 978.
 36. GLEZERMAN, Marek. Five years to the term breech trial:: The rise and fall of a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [S. l.], ano 2006, v. 194, 18 ago. 2005. *Clinical Opinion*, p. 5-20.
 37. MORRIS, Sara E.; SUNDIN, Deborah; GERAGHTY, Sadie. Women 's experiences of breech birth decision making: An integrated review. *European Journal of Midwifery*, [S. l.], ano 2022, v. 6/1/109735, n. 2, p. 1-14, 6 jan. 2022. DOI <https://doi.org/10.18332/ejm/143875>. Disponível em: <http://www.europeanjournalofmidwifery.eu/Women-s-experiences-of-breech-birth-decision-making-An-integrated-review,143875,0,2.html>. Acesso em: 19 jun. 2022.
 38. BERGENHENEGOUWEN, L.A. *et al.* Vaginal delivery versus cesarean section in preterm breech delivery: a systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Elsevier Ireland Ltd. Published by Elsevier Inc., v. 172, p. 1-6, 1 jan. 2014. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.10.017>. Disponível em: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(13\)00516-2/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(13)00516-2/fulltext). Acesso em: 16 jul. 2022.
 39. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. Singleton Vaginal Breech Delivery at Term. *Obstetrics & Gynecology*. 2004 Mar;103(3):407–12.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 16 de junho de 2011.

ANEXO 1

ORDEM _____ (para uso do digitador)																					
MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA																					
INFORMATIZAÇÃO DOS DADOS DO PARTO E NASCIMENTO																					
NOME COMPLETO			DATA DE NASCIMENTO Dia mês ano			ETNIA <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Indígena <input type="radio"/> Negra <input type="radio"/> Outra		ESTUDOS Última série <input type="checkbox"/> e grau cursado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sem concluir <input type="checkbox"/> médio <input type="checkbox"/> curso		ESTADO CIVIL casado <input type="checkbox"/> unido <input type="checkbox"/> estável <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/>		ANTECEDENTES PESSOAIS: (no verso - 1)									
BARRIO		CIDADE		DATA DE INTERNAÇÃO Dia mês ano																	
PRONTUÁRIO		TEL																			
GESTAÇÕES ANTERIORES				DATA DO ÚLTIMO PARTO Dia mês ano		PATOLOGIAS GESTAÇÕES ANTERIORES (verso - 2)		GESTAÇÃO ATUAL			ANTICONCEPCÃO										
Partos Vaginais		Cesáreas		Abortos		Nascidos vivos		GRAVIDEZ PROGRAMADA sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		PREFERÊNCIA POR TIPO DE PARTO Normal <input type="checkbox"/> Cesárea <input checked="" type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/> Barreira <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Hormonal <input type="checkbox"/> Comportamental <input type="checkbox"/>									
Nascidos mortos		Morta		Etiologia				IG por DUM sem <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/>		IG por USG sem <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/>											
IM USO DE ÁCIDO FOLICO DO ENGRAVIDOU sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		PESO ANTERIOR Kg		PESO ATUAL Kg		ALTURA cm		DUM Dia mês ano		CONFÍVEL sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		TRIMESTRE 1º <input type="checkbox"/> 2º <input checked="" type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/>									
TABAGISMO sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		IMUNIZAÇÃO TETANO Completo <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Não fez <input checked="" type="checkbox"/>		GRUPO SANGÜÍNEO		RH + <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>		PARANICOLAOU VIGENTE sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		VDRL <20sem - <input checked="" type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>		VDRL último trimestre - <input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/>		ESTREPTO B + <input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		HIV + <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>		Agn85 + <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/>			
ÁLCOOL sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		RUBÉOLA Imun <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> Desconhece <input type="checkbox"/>		IMUNIZADA sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		VDRL não fez <input type="checkbox"/>		VDRL não fez <input type="checkbox"/>		ESTREPTO B não fez <input type="checkbox"/>		HIV não fez <input type="checkbox"/>		Agn85 não fez <input type="checkbox"/>							
DROGAS sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		Ag Hepatite C + <input type="checkbox"/> - <input checked="" type="checkbox"/> não fez <input type="checkbox"/>		NP CONDUZIDA PRÉ-NATAL sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		HOSPITALIZAÇÃO NA GESTAÇÃO ATUAL sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		PATOLOGIAS NA GESTAÇÃO ATUAL (no verso - 2)		TRATAMENTO REALIZADO (no verso - 4)		RISCO OBSTÉTRICO (no verso - 2) alto <input type="checkbox"/> baixo <input checked="" type="checkbox"/>		TRABALHO DE PARTO/PARTO: INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO Espontâneo <input type="checkbox"/> Induzido <input type="checkbox"/> Cesárea Eletiva <input type="checkbox"/>		AMNIOREXE sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Dia mês ano hora min		APRESENTAÇÃO Cefálica <input type="checkbox"/> Pévica <input checked="" type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>		DILATAÇÃO NA INTERNAÇÃO cm	
INDUÇÃO sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Indicação (no verso)		ACOMPANHANTE Não <input checked="" type="checkbox"/> Mando <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>		GEMELAR sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		NASCIMENTO Dia mês ano hora min		PARTO Espontâneo <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Vacuum <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/>		INDICAÇÃO DA CESÁREA (verso - 2)		USO DE OCITOCINA sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/> no trabalho de parto no desprendimento		LÍQUIDO AMNÍOTICO MECONIAL sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>		POSICÃO NO PARTO Cécora <input type="checkbox"/> Deitada <input checked="" type="checkbox"/> Sentada <input type="checkbox"/>		EPISIOTOMIA sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		LACERAÇÃO não <input type="checkbox"/> GRAU 1º <input checked="" type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> 4º <input type="checkbox"/>	
IG PELO NEONATOLOGISTA sem <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/>		RECÉM NASCIDO vivo <input type="checkbox"/> morto <input checked="" type="checkbox"/>		SEXO-RN masculino <input type="checkbox"/> feminino <input checked="" type="checkbox"/>		PESO DO RN Kg ARGAR 1º ARGAR 5º		MALFORMAÇÃO CONGÊNITA sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>		ATENDEU RN Médico <input type="checkbox"/> Outro <input checked="" type="checkbox"/> Nome: _____ Nome: _____ Nome: _____		ATENDEU RN Nome: _____ Nome: _____		PUERPÉRIO: COMPLICAÇÕES PUERPÉRIAS não <input type="checkbox"/> Hemorragia <input checked="" type="checkbox"/> Infecção <input checked="" type="checkbox"/> outras <input checked="" type="checkbox"/>		RASTREAMENTO AUDITIVO DO RN Normal <input type="checkbox"/> + <input checked="" type="checkbox"/> Não fez <input type="checkbox"/>		DATA DA ACTA MATERNA Dia mês ano			
Observações:																					

LISTA PARA CODIFICAÇÃO

1. ANTECEDENTES PESSOAIS

1. Nenhum
2. Tuberculose
3. Cirurgia aparelho reprodutor
4. Diabetes
5. Hipertensão
6. Infertilidade
7. HIV+
8. Cardiopatia
9. Nefropatia
10. Condição Médica Grave
11. Epilepsia
12. Anemia
13. Asma
14. Alterações psiquiátricas
15. Outros

2. PATOLOGIAS DA GESTAÇÃO E ALTO RISCO OBSTÉTRICO

1. Sem Intercorrências
2. Não fez pré-natal
3. Baixa escolaridade (< 5 anos de estudo)
4. Idade materna < 16 e > 35 anos
5. Desnutrição materna (< 45 Kg)
6. Sobrepeso materno (> 75 Kg)
7. Abortamento habitual
8. Anemia grave
9. Multiparidade
10. Malformação fetal
11. Gestação múltipla
12. Oligidramnio
13. Polidramnio
14. Rotura prolongada de membrana (> 18 hs)
15. Coriomionite
16. Trabalho de parto prematuro (TPP)
17. Pós-maturidade
18. RCIU/feto macrosômico
19. Hipertensão crônica
20. Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia
21. Diabetes materna
22. Doença materna (renal, cardiopatia, tireoidiana, endocrinopatias, hematológica, epilepsia e outras doenças neurológicas, auto-imunes, respiratórias, trombofilias etc.)
23. Transtorno psiquiátrico materno
24. Neoplasias malignas
25. Infecções maternas (sífilis, malária, herpes, hepatite, tuberculose, HPV, genital etc.)
26. Infecção urinária
27. AIDS/HIV+
28. Isoimunização
29. Dependência de drogas
30. Vômitos excessivos da gravidez
31. Placenta prévia
32. Deslocamento prematuro de placenta (DPP)
33. Incompetência cervical/cerclagem
34. Sangramento de primeiro trimestre
35. Sangramento do segundo e terceiro trimestre
36. Trabalho de parto prolongado (> 24 hs)
37. Situação fetal não tranquilizadora
38. Parto cesárea de emergência
39. Cesárea ou outra cicatriz uterina anterior
40. Uso de fórceps ou vácuo

41. Parto taquicóico
42. Desproporção feto-pélvica
43. Apresentação não cefálica
44. Rotura uterina
45. Uso de anestesia geral
46. Líquido amniótico meconial
47. Óbito fetal ou neonatal anterior
48. Trabalho de parto induzido

3. INDICAÇÃO PRINCIPAL DE PARTO OPERATÓRIO OU INDUÇÃO

1. Situação fetal não tranquilizadora
2. Desproporção feto-pélvica
3. Parto prolongado
4. Fracasso na indução
5. Parada de progressão
6. Gestação gemelar
7. Retardo do crescimento intra-uterino
8. Pré-termo
9. Pós-termo
10. Apresentação anômala (pélvica, cônica, face etc.)
11. Variedades posteriores
12. Câncer invasivo colo de útero
13. Ruptura prematura de membranas
14. Doenças hemolítica perinatal
15. Placenta prévia
16. Deslocamento de placenta mórmo-inserida
17. Rotura uterina
18. Toxemia (gestose)
19. Herpes genital
20. Natimorto
21. Prolapso ou prociência de cordão
22. Extensas lesões genitais infecto-contagiosas
23. Duas ou mais cesáreas prévias
24. Incisão longitudinal uterina prévia
25. Malformação fetal
26. Morte materna com feto vivo
27. Diabetes gestacional
28. Oligodramnia
29. Outras

4. TRATAMENTO REALIZADO

1. Nenhum
2. Tratamento clínico com methotrexate
3. Tratamento clínico com antibiótico
4. Tratamento clínico com tocolítico
5. Tratamento clínico - outros
6. Curetagem uterina
7. AMIU
8. Laparotomia
9. Laparoscopia
10. Amniocentese/cordocentese
11. Investigação
12. Outros

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de indicadores de assistência ao parto e nascimento e resultados obstétricos e neonatais no Hospital Universitário da UFSC de 2014 a 2021.

Pesquisador: Roxana Knobel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55425621.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.256.175

Apresentação do Projeto:

Avaliação de indicadores de assistência ao parto e nascimento e resultados obstétricos e neonatais no Hospital Universitário da UFSC de 2014 a 2021.

Desenho:

Estudo descritivo observacional retrospectivo. Realizado na Maternidade do HU da UFSC. Serão analisados dados previamente coletados de todas as mulheres admitidas para o parto. A análise será de forma secundária por banco de registros alimentados com o preenchimento da ficha: Informatização de dados do parto e nascimento referentes ao período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2021. Espera-se analisar a totalidade das fichas preenchidas e digitalizadas no banco de dados, que devem corresponder a todas as internações do período, por isso, não haverá cálculo de tamanho amostral. Os dados serão extraídos do Banco de Dados da Maternidade do Hospital Universitário que é alimentado a partir do preenchimento da ficha: Informatização dos dados de parto e nascimento. Essa ficha é preenchida durante toda a internação obstétrica – no ato da internação na maternidade, durante o trabalho de parto e parto e na alta hospitalar.

Desse instrumento para coleta de dados serão extraídas informações dos campos: perfil sociodemográfico (idade, etnia, escolaridade, estado civil); história e características clínicas e obstétricas (gestações anteriores, antecedentes clínicos e obstétricos – presença de patologias), preferência da mãe por algum tipo de parto, peso e altura, idade gestacional, tabagismo, uso de álcool e uso de drogas, número de consultas de pré-natal, feto pélvico, gemelar ou mal formação

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 5.256.175

fetal; dados sobre o trabalho de parto e parto (presença de acompanhante; dilatação na internação; início do trabalho de parto, indução, presença de bolsa rota e de mecônio; uso de ocitocina; tipo de parto, posição no parto; episiotomia; laceração; parto (via) e indicação, peso do recém-nascido e Apgar de 1º e 5º minuto, presença de complicações puerperais e data da alta materna. Os dados serão analisados por meio do pacote estatístico IBM SPSS, versão 27. Todas as variáveis serão analisadas por meio de estatística descritiva (frequência absoluta, frequência relativa, mediana e desvio-padrão). Também serão traçados gráficos de prevalência no tempo do tipo “série histórica”. Serão comparadas as características sociodemográficas e antecedentes tanto com o uso de intervenções/boas práticas, quanto com os resultados maternos e perinatais. Para essa comparação será utilizado o teste de Qui quadrado ou exato de Fisher. Para comparação de criáveis quantitativas contínuas, serão utilizados testes de comparação de médias conforme a distribuição dos valores encontrados (teste t de Student ou similar). Para analisar as associações e Razões de Chance (Odds Ratio - OR) entre as variáveis dependentes – resultados maternos e perinatais – e as demais variáveis de interesse, a será realizada a regressão logística, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para todas as análises, será adotado um nível de significância de 5%.

Objetivo da Pesquisa:

3.1. Objetivo Principal

Conhecer as características demográficas, clínicas e obstétricas da população atendida; a prevalência da aplicação de algumas das Boas Práticas da Assistência ao Parto e Nascimento e resultados maternos e perinatais de 2014 a 2021.

3.2. Objetivos Específicos

- Conhecer as características demográficas, obstétricas e clínicas da população atendida entre os anos de 2014 e 2021 no HU-UFSC;
- Avaliar a prevalência da presença de acompanhante no parto e nascimento entre os anos de 2014 e 2021 no HU-UFSC;
- Avaliar a prevalência de posições não supinas durante o parto entre os anos de 2014 e 2021 no HU-UFSC;
- Avaliar a prevalência do uso de ocitocina endovenosa no trabalho de parto e parto entre os anos de 2014 e 2021 no HU-UFSC;
- Avaliar a prevalência da realização de episiotomia entre os anos de 2014 e 2021 no

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.256.175

Todos os documentos estão de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP SH dá ciência da apresentação do "Termo de Compromisso para Uso de Dados" apresentado pela pesquisadora não havendo óbices a realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1871471.pdf	10/02/2022 19:53:53		Aceito
Outros	termoassinado.pdf	10/02/2022 19:53:18	Roxana Knobel	Aceito
Outros	Cartarespostaparecer.pdf	10/02/2022 19:52:16	Roxana Knobel	Aceito
Outros	ceinciasaudedamulher.pdf	09/12/2021 16:07:03	Roxana Knobel	Aceito
Declaração de concordância	concoradnciagep.pdf	09/12/2021 16:06:10	Roxana Knobel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopartoenascimento.pdf	07/12/2021 17:40:34	Roxana Knobel	Aceito
Outros	bancodedados.pdf	07/12/2021 17:37:26	Roxana Knobel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	insencaodeTCLE.pdf	07/12/2021 17:32:41	Roxana Knobel	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	07/12/2021 17:31:22	Roxana Knobel	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	07/12/2021 17:30:27	Roxana Knobel	Aceito
Folha de Rosto	assinadoedvarderosxanacomdata.pdf	07/12/2021 17:30:04	Roxana Knobel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 5.256.175

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 22 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Luciana C Antunes
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br