

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA**

SARAH CAROLINA PINHEIRO

**O PARTO EM APRESENTAÇÃO PÉLVICA SOBRE RISCO DE MORBIDADES
NEUROLÓGICAS E MORTALIDADE
NEONATAL**

**GOIÂNIA
2023**

SARAH CAROLINA PINHEIRO

**O PARTO EM APRESENTAÇÃO PÉLVICA SOBRE RISCO DE MORBIDADES
NEUROLÓGICAS E MORTALIDADE
NEONATAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Programa de Graduação em Fisioterapia, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Escola de Ciências Sociais e Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia.

Área de Concentração: Saúde e Fisioterapia.

Linha de Pesquisa: Teorias, Métodos e Processos de Cuidar em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Pavan Viana

GOIÂNIA
2023

Título do trabalho: O parto em apresentação pélvica sobre risco de morbidades neurológicas e mortalidade neonatal.

Acadêmico (a): Sarah Carolina Pinheiro

Orientador (a): Fabiana Pavan Viana

Data: 07/12/2023

AVALIAÇÃO ESCRITA (0 – 10)		
Item		
1.	Título do trabalho – Deve expressar de forma clara o conteúdo do trabalho.	
2.	Introdução – Considerações sobre a importância do tema, justificativa, conceituação, a partir de informações da literatura devidamente referenciadas.	
3.	Objetivos – Descrição do que se pretendeu realizar com o trabalho, devendo haver metodologia, resultados e conclusão para cada objetivo proposto	
4.	Metodologia* – Descrição detalhada dos materiais, métodos e técnicas utilizados na pesquisa, bem como da casuística e aspectos éticos, quando necessários	
5.	Resultados – Descrição do que se obteve como resultado da aplicação da metodologia, pode estar junto com a discussão.	
6.	Discussão**– Interpretação e análise dos dados encontrados, comparando-os com a literatura científica.	
7.	Conclusão – síntese do trabalho, devendo responder a cada objetivo proposto. Pode apresentar sugestões, mas nunca aspectos que não foram estudados.	
8.	Referência bibliográfica – Deve ser apresentada de acordo com as normas do curso.	
9.	Apresentação do trabalho escrito – formatação segundo normas apresentadas no Manual de Normas do TCC	
10.	Redação do trabalho – Deve ser clara e obedecer às normas da língua portuguesa	
Total		
Média (Total/10)		

Assinatura do examinador:

FICHA DE AVALIAÇÃO DA APRESENTAÇÃO ORAL

ITENS PARA AVALIAÇÃO	VALOR	NOTA
Quanto aos Recursos		
1. Estética	1,5	
2. Legibilidade	1,0	
3. Estrutura e Sequência do Trabalho	1,5	
Quanto ao Apresentador:		
4. Capacidade de Exposição	1,5	
5. Clareza e objetividade na comunicação	1,0	
6. Postura na Apresentação	1,0	
7. Domínio do assunto	1,5	
8. Utilização do tempo	1,0	
Total		

Avaliador: _____

Data: 07/12/2023

Este trabalho segue as normas editoriais da Revista Movimenta (ISSN 1984-4298), editada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), Campus Goiânia (ESEFFEGO), é uma revista científica eletrônica de periodicidade trimestral que publica artigos da área de Ciências da Saúde e afins (Anexo 6).

Sumário

Introdução	8
Materiais e métodos	9
Resultados e discussão	10
Conclusão.....	14
Referências.....	15
Anexos	18

O parto em apresentação pélvica sobre risco de morbidades neurológicas e mortalidade neonatal

Breech presentation during childbirth and the risk of neurological morbidity and neonatal mortality

Sarah Carolina Pinheiro¹, Fabiana Pavan Viana².

¹Graduanda em Fisioterapia, Discente do programa de Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. e-mail: sarahpinheiro.go@gmail.com

²Fisioterapeuta, Professora Doutora do curso de Fisioterapia da Escola de ECSS da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. e-mail: pavanviana@gmail.com

Resumo: A apresentação de parto consiste na disposição que o feto se encontra dentro do útero no momento do nascimento. Sendo assim, a apresentação cefálica é considerada a mais comum e propícia ao parto vaginal e qualquer outra variação, como a apresentação pélvica, é classificada como desfavorável ao parto. Acredita-se que bebês pélvicos estão mais propensos a complicações em seu nascimento, implicando um risco maior de morbimortalidade. **Objetivo:** Investigar o parto em apresentação pélvica sobre risco de morbidades neurológicas e mortalidade neonatal, por via de parto vaginal ou cesárea. **Metodologia:** As bases de dados escolhidas para as buscas dos artigos foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *United States National Library of Medicine* (PubMed) e *Web of Science*. A pesquisa foi realizada de agosto de 2022 a fevereiro de 2023. Foram incluídos artigos publicados em português e inglês na íntegra, publicados e indexados nos referidos bancos de dados. **Resultados:** Foram encontrados 08 estudos. A maioria considerou que a apresentação de parto isoladamente não atribui riscos ou benefícios adicionais ao bem-estar materno ou neonatal, independente da via de parto. **Conclusão:** A morbimortalidade neonatal está associada a fatores como gestações de alto risco, complicações decorrentes da prematuridade, falta da capacitação e entrosamento da equipe obstétrica na assistência de partos em apresentação pélvica. **Descritores:** Apresentação de parto/Apresentação fetal/Morbidades neurológicas/ Mortalidade neonatal.

Abstract: The birth presentation refers to the position in which the fetus is situated inside the uterus at the time of birth. Therefore, the cephalic presentation is considered the most common and favorable for vaginal delivery, while any other variation, such as the breech presentation, is classified as unfavorable for delivery. It is believed that breech babies are more prone to complications during their birth, implying a higher risk of morbidity and mortality. **Goals:** Investigate childbirth in breech presentation regarding the risk of neurological morbidities and neonatal mortality, through vaginal delivery or cesarean section. **Methodology:** The chosen databases for article searches were the Virtual Health Library (BVS), United States National Library of Medicine (PubMed), and Web of Science. The research was conducted from August 2022 to February 2023. Articles published in full in Portuguese and English, published and indexed in the mentioned databases, were included. **Results:** Eight studies were found. Most studies indicate that the birth presentation alone does not confer additional risks or benefits to maternal or neonatal well-being, regardless of the mode of delivery. **Conclusion:** Neonatal morbidity and mortality are associated with factors such as high-risk pregnancies, complications arising from prematurity, and a lack of training and coordination among the obstetric team in managing breech presentations during childbirth. **Descriptors:** Breech presentation/ Birth setting/Indicator of morbidity and mortality/ Fetal death.

Introdução

A apresentação de parto consiste na disposição que o feto se encontra dentro do útero no momento do nascimento, isto é, a região fetal que ocupa a área do estreito superior da pelve materna. A situação fetal que é a relação entre o maior eixo fetal e a cavidade uterina influencia diretamente nas possíveis apresentações e se divide em longitudinal (eixo fetal e materno coincidem) e transversa (eixos em sentidos opostos). De acordo com a situação longitudinal, existem dois tipos de apresentações, sendo a cefálica (vértice) quando a cabeça do feto se insinua ao canal de parto e pélvica (culatra) onde a extremidade pélvica do bebê é que ocupa esse lugar. Por outro lado, na situação transversa ou córmica, que é extremamente rara, o dorso (ombros) do feto se encontra perpendicular ao eixo longitudinal do útero (1).

Sendo assim, a apresentação cefálica é a considerada normal, mais comum e favorável ao parto vaginal e qualquer outra variação é dada como apresentação fetal anômala (1,2,3,4). Cerca de 3% a 5% de todas as gestações a termo ocorrem por apresentação pélvica, apontada a mais prevalente entre as demais formas anômalas (3). Entre os fatores que podem estar associados à forma pélvica estão a nuliparidade, parto pélvico anterior, placenta prévia, volume de líquido amniótico diminuído ou aumentado, anomalia uterina, gravidez múltipla, prematuridade, baixo peso do recém-nascido (< 2.500 g), cordão umbilical curto, uso de anticonvulsivantes e a musculatura do assoalho pélvico tensionada (2,3).

Acredita-se que bebês pélvicos estão mais propensos a complicações em seu nascimento, implicando um risco 10 vezes maior de morte no período intraparto (5). Além disso, a incidência de deficiência entre nascidos pélvicos a termo de primigestas foi de 19,4%, os quais 37,2 % por cesariana eletiva e 62,8% por parto vaginal planejado (6). Esse aumento da porcentagem de morbidade em partos pélvicos por via vaginal pode estar relacionado à probabilidade de compressão do cordão umbilical e à necessidade de um parto instrumental, resultando em asfixia perinatal, aprisionamento da cabeça, descompressão rápida da cabeça, lesões na medula espinhal e outros traumas no parto que poderiam ser evitados com a cesariana (3,7). Essas intercorrências podem repercutir em mortalidade neonatal ou trazer consequências durante toda a vida, gerando limitações e incapacidades físicas, mentais e sociais (8).

Ademais, uma das possíveis intercorrências graves de um parto não cefálico é a asfixia ao nascimento, caracterizada por hipoperfusão tecidual e aporte insuficiente de oxigênio (9). A incidência da apresentação não cefálica é relativamente comum entre os casos de asfixia, podendo chegar a 29% quando comparada ao parto cefálico (10). Outro recente estudo revelou

que neonatos com apresentação pélvica tiveram 4,5 mais chances de evoluir para asfixia do que a apresentação cefálica (11).

Em consequência disso, o neonato encontra-se suscetível a desenvolver complicações secundárias como a encefalopatia hipóxico-isquêmica ou síndrome hipóxico-isquêmica. O quadro é dependente do tempo, da duração e da gravidade do episódio hipóxico-isquêmico. E as consequências dessa síndrome podem variar entre déficit de aprendizado, epilepsia, deficiência visual ou auditiva, convulsões, atrasos no desenvolvimento, paralisia cerebral e óbito (9,10). Por ano, ocorrem de 2 a 4 casos de nascimento de recém-nascidos a termo com essa condição clínica, para cada 1.000 nascidos vivos, e a taxa de mortalidade é de 15% a 25%. Entre os sobreviventes, 25% a 30% apresentam a sequela mais incapacitante, que é a paralisia cerebral (9).

Portanto, este estudo visa garantir que profissionais de saúde que prestam assistência à gestante e ao recém-nascido tenham um compilado de informações atualizadas para orientar sua prática clínica. Além disso, os resultados deste estudo poderão orientar políticas públicas que promovam melhor saúde para a gestante e o neonato, permitindo, por exemplo, a elaboração de estratégias de prevenção. Logo, contribuirá para minimizar o número de famílias que sofrem um intenso desgaste emocional por presenciarem seus filhos acometidos com sequelas incapacitantes e que dispõem de alto investimento privado e governamental para propiciar uma qualidade de vida digna a eles.

Perante o exposto, o objetivo desta revisão é investigar o parto em apresentação pélvica sobre risco de morbidades neurológicas e mortalidade neonatal, por via de parto vaginal ou cesárea. Acredita-se que este estudo irá contribuir para a comunidade científica e profissionais de saúde disseminarem informações seguras e claras para as gestantes e assim concedê-las a oportunidade de estarem conscientes sobre seu quadro clínico.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que consistiu em uma análise ampla da literatura teórica ou empírica para fornecer o entendimento compreensivo de problema relacionado à saúde. Os seguintes passos foram percorridos: identificação do tema, busca na literatura, coleta de dados, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa. Esse método permitiu que os resultados de pesquisas se tornassem mais acessíveis, diminuindo os

obstáculos da utilização do conhecimento científico, visto que possibilita ao leitor o acesso a diversas pesquisas realizadas, em um único estudo (12).

Para nortear e definir os elementos de investigação da pesquisa, iniciamos com a criação da tabela de estratégia PICO, em que P corresponde à População/Problema/Doença, I é a Intervenção, C a Comparação, O é o Desfecho ou Resultado. Os termos em português foram pesquisados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, no endereço eletrônico <https://decs.bvsalud.org>) e os termos relacionados em inglês no Medical Subject Headings (MeSH, no endereço eletrônico <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>) e combinados por meio dos operadores booleanos OR e AND (Anexo 1 – Tabela 1).

A questão da pesquisa ficou assim definida: Qual a incidência e prevalência de morbidades neurológicas e mortalidade neonatal na apresentação de parto longitudinal do tipo pélvica?

As bases de dados escolhidas para as buscas dos artigos foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)/interface LILACS, BIREME/interface PubMed e Web of Science. Para a organização das combinações nas bases de dados e quantificação dos artigos encontrados, foi utilizada a tabela 2 (Anexo 2 – Tabela 2).

A seleção dos estudos foi realizada com base nos critérios de inclusão, que foram: pesquisas que investigaram o parto em apresentação pélvica sobre risco de morbidades neurológicas e mortalidade neonatal; ensaios clínicos, estudos de incidência e prevalência; artigos em português e inglês. Os critérios de exclusão: artigos que não abordem morbidades neurológicas ou mortalidade neonatal; artigos de revisão de literatura, dissertações e teses.

Resultados e discussão

Foram localizados 124 títulos por meio das buscas nas bases de dados. Após remover os duplicados, restaram 121 títulos sujeitos à triagem. Dentre esses, 113 foram descartados, por se encaixarem nos critérios de exclusão. Ao término da seleção oito artigos foram incluídos por atenderem aos critérios de inclusão. Foi construído um fluxograma com base na metodologia PRISMA, ilustrando quatro etapas: a identificação dos artigos, a seleção, elegibilidade e inclusão (Anexo 3 – Fluxograma 1) (13).

Os oito estudos selecionados foram publicados entre 2014 e 2019, todos na língua inglesa, dois com a população francesa e os demais de origem norueguesa, australiana, finlandesa, canadense, sueca e japonesa. A pesquisa teve predomínio de gestantes nulíparas de fetos únicos com idade entre 20 e 35 anos e crianças prematuras de ambos os sexos. Apenas

dois estudos apresentavam a amostra composta por gestações a termo.

Em relação à metodologia dos estudos, cinco eram longitudinais e três transversais. Dentre os longitudinais, os instrumentos utilizados para avaliar o desenvolvimento das crianças foram: exame neurológico realizado por especialista; Australian Early Developmental Census 2009 and 2012 (AEDC) (14); National Assessment Program Literacy and Numeracy 2008–2014 (NAPLAN) (14); histórico médico, ultrassonografia, ressonância magnética, avaliações multidisciplinares em unidades especializadas em neurologia pediátrica (15); exame médico padronizado, versão curta do exame neurológico de Touwen, bateria de avaliação Kaufman para crianças e questionário para avaliar a saúde e desempenho escolar (16); exame clínico de visão e audição, motor, cognitivo e linguagem através da Bayley Scales of Infant (Bayley-III) and Toddler Development (17).

A maioria dos estudos desta revisão integrativa mostrou que o parto em apresentação pélvica, isoladamente, não confere um preditor de morbidades neurológicas e mortalidade neonatal, independente da via de parto vaginal ou cesárea (14, 15, 16, 18).

Os artigos que consideram a apresentação pélvica como determinante no aumento da morbimortalidade estavam atrelados a fatores de risco como prematuridade, baixo peso do recém-nascido e condições de saúde materna adversas, entre elas infecções intrauterinas e ruptura prematura de membranas uterinas (17,19). Logo, se ponderado sem esses fatores que podem gerar confusão, a apresentação pélvica não representa riscos adicionais à saúde fetal ou materna nos países dos artigos investigados.

Quanto à saúde materna, a maior parte das mulheres que foram submetidas ao parto pélvico, principalmente pela via vaginal, possuíam um perfil composto por gestações de alto risco (17,19). Em um estudo, 69,4% das mulheres apresentaram um quadro infeccioso (coriamnionite), 50% tiveram ruptura prematura de membranas uterinas, 13,9% das gestações eram gemelares, 11,1% necessitaram de cerclagem e fizeram tratamento contra a infertilidade (19). Outras intercorrências incluem descolamento de placenta e pré-eclâmpsia (17,20). Em consequência disso, sabe-se quando existe o comprometimento da saúde da genitora, o bem-estar fetal pode ser afetado.

Ademais, um seguimento acompanhou crianças prematuras nascidas em apresentação pélvica até os dois anos e meio de idade corrigida e concluiu que o parto vaginal é mais arriscado à saúde do feto. Dentre os nascidos por parto vaginal, 17,2% possuíam deficiência neurossensorial (visão ou audição), 46,4% atraso no desenvolvimento intelectual e 55,2%

deficiência moderada ou grave. A cesariana culminou em 7,5% de crianças com deficiência neurossensorial, 19,4% tinham atraso no desenvolvimento intelectual e 25,2% alguma deficiência moderada ou grave (17).

De forma semelhante, entre neonatos prematuros que nasceram por parto vaginal pélvico, no Canadá, 44,4% foram a óbito, 13,9% sofreram parada cardiorrespiratória e 74,1% tiveram hemorragia intraventricular. Nesse mesmo contexto, dos bebês nascidos por parto cesáreo pélvico, 23,6% foram a óbito, 5,7% sofreram parada cardiorrespiratória e 68,3% tiveram hemorragia intraventricular (19).

Em outro cenário, apesar da amostra ser composta por prematuros extremos, o parto vaginal pélvico não foi associado ao aumento do índice de morbidades neurológicas e mortalidade neonatal em crianças avaliadas do nascimento até os quatro anos de idade, porém, a condição de saúde da mãe foi mais uma vez colocada em destaque para o sucesso materno e fetal (15).

Entretanto, diferentemente dos resultados anteriormente descritos, verificou-se um risco de morbimortalidade elevada para o neonato, na situação em que o parto pélvico é realizado, seja esse de forma emergencial ou planejada, quando comparado com a apresentação cefálica vaginal. A via vaginal obteve uma probabilidade aumentada de morte para o bebê em 2,4 vezes e de 2,1 vezes no resultado composto (mortalidade neonatal e paralisia cerebral). A cesariana planejada apresentou um risco elevado em 1,6 vezes de mortalidade neonatal e 1,5 vezes no resultado composto. Isso devido às hipóteses levantadas pelos autores, entre elas a de que os fetos com fatores de riscos pré-natais possuem maior probabilidade de se apresentarem em posição pélvica ao nascerem e de serem mais propensos a complicações intraparto (21).

Além disso, foi observado que a idade gestacional foi um fator decisivo para o resultado positivo, visto que, quando os neonatos estavam entre 24 e 26 semanas de gestação, os índices de óbito e demais intercorrências foram reduzidos em relação aos nascidos com 23 semanas gestacionais, independente de apresentação cefálica ou pélvica. Esse estudo japonês credita essa divergência aos fatores externos somados à idade gestacional, tais como: restrição de crescimento intrauterino, padrão cardíaco preocupante do feto e recusa materna de realizar o parto cesáreo quando proposto pela equipe obstétrica (20). Há de se considerar que quando bem indicada, por razões médicas, os benefícios da cesariana são indiscutíveis para a preservação da vida da parturiente e do neonato (22).

Outro fator interveniente para se obter um parto de desfecho exitoso é a capacitação da

equipe obstétrica, uma vez que a apresentação pélvica não é prejudicial para a saúde e desenvolvimento da criança. Contudo, o correto manejo dos riscos e benefícios do parto pélvico dependem da perspicácia dessa equipe em saber indicar a via de parto em cada caso e interferir no momento exato para que o bem-estar materno e fetal sejam resguardados. Isto é, a qualidade dessa assistência está sujeita à qualificação dos profissionais e da infraestrutura de uma maternidade que possibilite o monitoramento constante da parturiente e do feto (14).

No Brasil, segundo o Sistema Único de Saúde (SUS), a gestante deve ser informada, durante o pré-natal, sobre instituições e profissionais qualificados que realizam assistência ao parto pélvico ou qualquer indicativo de gestações de risco, porém, em muitos casos, esse direito é desconhecido pela população (23).

É de suma importância salientar que todos os artigos analisados nesta revisão integrativa refletem a saúde materno-infantil no contexto socioeconômico e cultural de países classificados como desenvolvidos. Desse modo, a fim de exemplificar esse quadro comparativo entre a saúde materno-infantil de um país europeu com a realidade brasileira, um estudo analisou as condições de nascimento, em Portugal e no Brasil, e observaram-se melhorias em ambos os países, porém, a saúde brasileira ainda não alcançou valores satisfatórios em relação à cobertura pré-natal e às taxas de mortalidade materna e neonatal (24).

O Brasil avançou no cuidado à saúde da gestante e do bebê ao longo dos anos com a criação do SUS e das políticas de atenção à saúde materno-infantil. Dentre os programas em vigência, a Rede Cegonha é um pacote de ações que oferece assistência em todas as fases gestacionais (pré-natal ao puerpério) até os dois primeiros anos de vida da criança. Possui enfoque na ampliação do acesso ao pré-natal adequado, vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e ao transporte seguro, como também, redução da mortalidade materna e infantil (25).

Do mesmo modo, o Método Canguru é um importante modelo de atenção destinado ao recém-nascido internado em unidade de terapia intensiva. Essa iniciativa baseia-se na qualificação e humanização da assistência neonatal e estratégias biopsicossociais que favoreçam o acolhimento do bebê e sua família, utilizando de práticas como a participação dos pais nos cuidados neonatais e o contato pele a pele. Em decorrência desses programas governamentais, o acesso público aos serviços de saúde de qualidade tem se tornado frequente e com resultados positivos para a população (26).

Apesar da implementação de ações governamentais brasileiras, direcionadas à gestante,

ainda existem obstáculos a serem superados, principalmente nas regiões mais vulneráveis do país. Assim, a razão de morte materna, em 2019, no Pará, região Norte e no Piauí, região Nordeste, foi de 96,1 e 98,1 por 100 mil nascidos vivos. Por outro lado, em Santa Catarina, na região Sul e no Distrito Federal, na região Centro-oeste, o índice foi de 30,6 e 21,2 por 100 mil nascidos vivos, respectivamente (27). Esses dados revelam uma complexa discrepância socioeconômica da assistência à saúde nas diferentes regiões do país.

Ademais, observa-se que a taxa de cesariana se tornou crescente no Brasil. Em 2021, a diferença entre os nascidos vivos de parto cesáreo em comparação com o parto vaginal foi de 377.013 crianças. Em 2022, o número aumentou para 416.764 nascidos. E somente de janeiro a junho de 2023, essa diferença entre os nascidos por parto cesáreo e parto vaginal foi de 179.944 bebês. Esse elevado índice de parto cesáreo contraria a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em reduzir o número de cesarianas nos serviços de saúde, visto que, o parto normal apresenta diversas vantagens para a saúde da gestante e do neonato na maioria dos casos (28).

No contexto dos óbitos perinatais brasileiros, a maioria dos fatores determinantes de mortalidade são passíveis de serem modificados. Dessa forma, observou-se que os casos de morte neonatal estavam atrelados a um perfil gestacional com 34,8% das parturientes sem um pré-natal adequado, 37% com um tempo entre a internação e o parto excedendo 10 horas e 82,3% dos partos realizados por um médico diferente do pré-natal (29).

Portanto, o Brasil apresenta condições de nascimento que evoluíram significativamente, mas com falhas assistenciais que podem ser superadas com o cumprimento das políticas públicas já existentes, a fiscalização dessas normativas, por parte da sociedade, como também, a disseminação da informação à gestante sobre seus direitos, a fim de transformar o Brasil em um país ainda mais seguro para o público materno-infantil, independente da apresentação fetal e da via de parto.

Ressalta-se, ainda, que o parto vaginal pode ser oferecido a mulheres com bebês em apresentação pélvica desde que haja cuidados obstétricos adequados e uma seleção das mulheres aptas a essa intervenção (21).

Conclusão

De acordo com a pesquisa, verificou-se que o parto em apresentação pélvica, isoladamente, não atribui riscos ou benefícios adicionais ao bem-estar materno ou neonatal,

independente da via de parto. Sendo assim, a morbimortalidade neonatal está associada a fatores como gestações de alto risco, complicações decorrentes da prematuridade, falta da capacitação e entrosamento da equipe obstétrica na assistência de partos em apresentação pélvica.

Desse modo, destaca-se a importância de novos estudos, principalmente no Brasil, devendo-se considerar o melhor detalhamento dos investigados, especificando os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, para obter a homogeneidade da amostra. Além disso, é válida a utilização de instrumentos de avaliação que tenham suporte da comunidade científica para possibilitar a reprodução fidedigna em outros contextos, para maior credibilidade dos resultados encontrados.

Referências

1. Urbanetz AA. Ginecologia e obstetrícia: Febrasgo para o médico residente. 1st ed. Barueri SP: Manole; 2015.
2. Aquino MMA de, Garcia GM, Rodrigues TMC, Mesquita MRS, Cecatti JG, Mariani Neto C. Conduta Obstétrica na Apresentação Pélvica. RBGO. 2000 Sep.; 22 (8): p.519–23. doi: 10.1590/S0100-72032000000800008
3. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Hofmeyr GJ, editor. CDSR. 2001 Jan.; p.1-42. doi: 10.1002/14651858.CD000166.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
5. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Díaz-Rossello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. AOGS. 2000 May;79(5):371-8. doi: 0.1034/j.1600-0412.2000.079005371.x
6. Danielian PJ, Wang J, Hall MH. Long-term outcome by method of delivery of fetuses in breech presentation at term: population based follow up. BMJ. 1996 Jun.; 312(7044):1451-3. doi: 10.1136/bmj.312.7044.1451.
7. Thorngren-Jerneck K, Herbst A. Perinatal Factors Associated With Cerebral Palsy in Children Born in Sweden. ACOG. 2006 Dec.;108(6):1499–505. doi: 10.1097/01.AOG.0000247174.27979.6b.
8. Golubnitschaja O, Yeghiazaryan K, Cebioglu M, Morelli M, Herrera-Marschitz M. Birth asphyxia as the major complication in newborns: moving towards improved individual outcomes by prediction, targeted prevention and tailored medical care. The EPMA Journal. 2011 Jun.; 2(2):197–210. doi: 10.1007/s13167-011-0087-9
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido -Problemas Respiratórios, Cardiocirculatórios, Metabólicos, Neurológicos, Ortopédicos e Dermatológicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

10. Alamneh YM, Negesse A, Aynalem YA, Shiferaw WS, Gedefew M, Tilahun M, *et al.* Risk Factors of Birth Asphyxia among Newborns at Debre Markos Comprehensive Specialized Referral Hospital, Northwest Ethiopia: Unmatched Case-Control Study. *EJHS*. 2022 May; 32(3):513–22. doi: 10.4314/ejhs.v32i3.6.
11. Tegegnetwork SS, Gebre YT, Ahmed SM, Tewachew AS. Determinants of birth asphyxia among newborns in Debre Berhan referral hospital, Debre Berhan, Ethiopia: a case-control study. *BMC Pediatrics*. 2022 Mar.; 22(1). doi: 10.1186/s12887-022-03223-3
12. Tavares De Souza M, Dias Da Silva M, De Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein*. 2010;8(1):102–8. doi: 10.1590/S1679-45082010RW1134
13. Galvão TF, Pansani TA, Harrad D. (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: A recomendação PRISMA. *RESS*. 2015 Jun.; 24(2). doi: 10.5123/S1679-49742015000200017.
14. Bin YS, Ford JB, Nicholl MC, Roberts CL. Long-term childhood outcomes of breech presentation by intended mode of delivery: a population record linkage study. *AOGS*. 2017 Mar.; 96(3):342-351. doi: 10.1111/aogs.13086.
15. Macharey G, Väisänen-Tommiska M, Gissler M, Ulander VM, Rahkonen L, Nuutila M, Heinonen S. Neurodevelopmental outcome at the age of 4 years according to the planned mode of delivery in term breech presentation: a nationwide, population-based record linkage study. *JPM*. 2018 Apr.; 46(3):323-331. doi: 10.1515/jpm-2017-0127.
16. Azria E, Kayem G, Langer B, Marchand-Martin L, Marret S, Fresson J, Pierrat V, Arnaud C, Goffinet F, Kaminski M, Ancel PY; EPIPAGE study group. Neonatal Mortality and Long-Term Outcome of Infants Born between 27 and 32 Weeks of Gestational Age in Breech Presentation: The EPIPAGE Cohort Study. *PLoS One*. 2016 Jan.; 11(1). doi: 10.1371/journal.pone.0145768.
17. Källén K, Serenius F, Westgren M, Maršál K; EXPRESS Group. Impact of obstetric factors on outcome of extremely preterm births in Sweden: prospective population-based observational study. *AOGS*. 2015 Nov.; 94(11):1203-14. doi: 10.1111/aogs.12726.
18. Lorthe E, Sentilhes L, Quere M, Lebeaux C, Winer N, Torchin H, Goffinet F, Delorme P, Kayem G; EPIPAGE-2 Obstetric Writing Group. Planned delivery route of preterm breech singletons, and neonatal and 2-year outcomes: a population-based cohort study. *BJOG*. 2019 Jan.;126(1):73-82. doi: 10.1111/1471-0528.15466.
19. Niles KM, Barrett JFR, Ladhani NNN. Comparison of cesarean versus vaginal delivery of extremely preterm gestations in breech presentation: retrospective cohort study. *JMFNM*. 2019 Apr.;32(7):1142-1147. doi: 10.1080/14767058.2017.1401997.
20. Furukawa S, Sameshima H, Ikenoue T. The impact of cesarean section on neonatal outcome of infants born at 23weeks of gestation. *EHD*. 2014 Mar.; 90(3):113-8. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2013.12.010.
21. Bjellmo S, Andersen GL, Martinussen MP, Romundstad PR, Hjelle S, Moster D, Vik T. 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 May;7(4). doi: 10.1136/bmjopen-2016-014979.
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
 23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Coordenação de Saúde das Mulheres. Manual de Gestão de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
 24. Reis ZSN, Pereira AC, Correia RJC, Freitas JAS, Cabral ACV, Bernardes J. Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil. *DOAJ*. 2011 Sep.; 33(9). doi: 10.1590/S0100-72032011000900003
 25. Universidade Federal do Maranhão (BR), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 2015.
 26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Coordenação de Saúde das Mulheres. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
 27. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim Epidemiológico. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
 28. Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos - Plataforma Integrada de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde [Internet]. plataforma.saude.gov.br. Available from: <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>
 29. Kassar SB, Melo AMC, Coutinho SB, Lima MC, Lira PIC. Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history. *JPED*. 2013 May-Jun.; 89(3):269–77. doi: 10.1016/j.jpmed.2012.11.005.

Anexos

Anexo 1

Tabela 1 – Estratégia PICO – População, intervenção, comparação e desfecho com descritores em português e inglês.

Estratégia PICO	Descritores em português	Descritores em inglês
Population População/Problema/Doença	“Apresentação de parto” OR “Apresentação no trabalho de parto” OR “Apresentação fetal” OR “Apresentação pélvica” OR “Complicações do trabalho de parto” OR “Complicações do parto” AND	<i>Breech presentation</i> OR <i>Birth setting</i> OR <i>Labor presentation</i> AND
Intervention Intervenção/ Indicação/Interesse	Incidência OR Prevalência AND	<i>Incidence OR Prevalence</i> AND
Comparison Comparação	Não temos AND	Não temos AND
Outcome Desfecho/Resultado	“Morbidades neurológicas” OR “Mortalidade neonatal” OR “Anomalias congênicas” OR “Asfixia neonatal”	<i>Indicators of morbidity and mortality</i> OR <i>Fetal death</i> OR <i>Congenital abnormalities</i> OR <i>Asphyxia neonatorum</i> OR <i>Cerebral palsy</i>

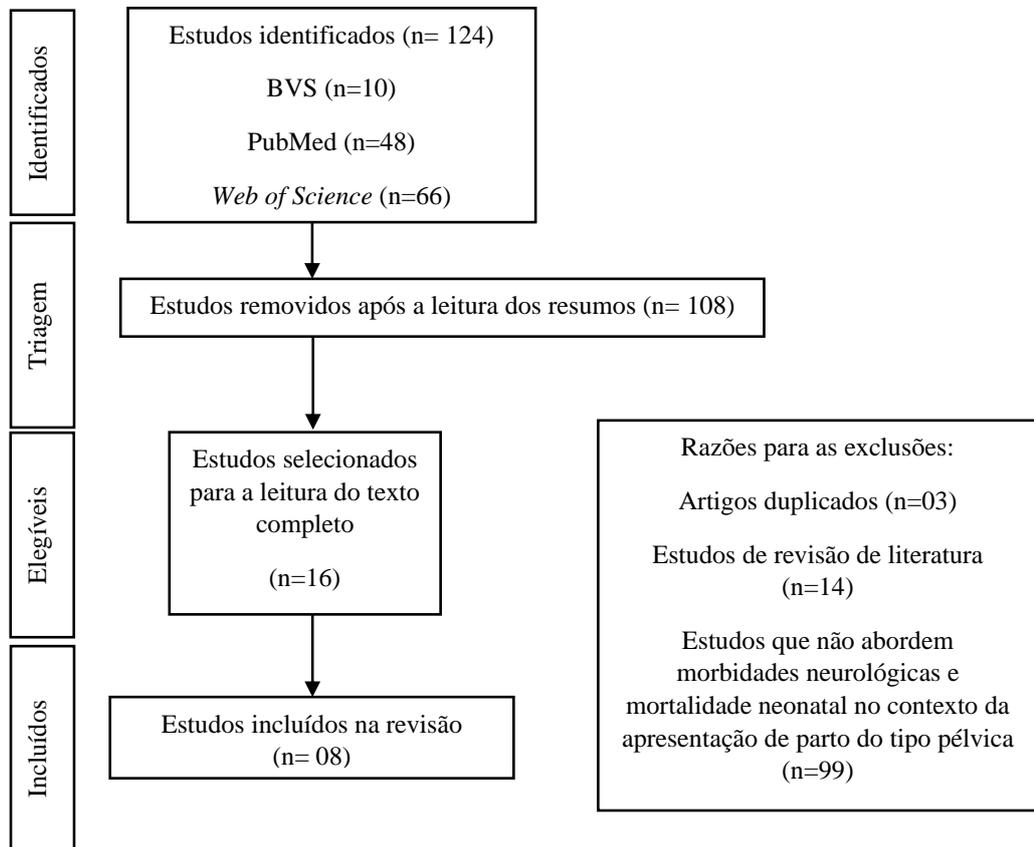
Anexo 2

Tabela 2 – Combinações dos descritores nas bases de dados BVS, Pubmed – Estratégia de busca, total de artigos encontrados e total de artigos selecionados.

Base de Dados	Estratégia de Busca	Total de Artigos Encontrados	Total de Artigos Selecionados
BVS/LILACS Filtros: Idioma inglês; últimos 10 anos.	("Breech presentation" OR "Birth Setting" OR "Labor presentation") AND (incidence OR prevalence) AND ("Indicators of morbidity and mortality" OR "Fetal death" OR "Congenital abnormalities" OR "Asphyxia neonatorum "OR "Cerebral Palsy")	10	07
PubMed Filtros:Idioma Inglês e português; clinical trial; 10 years.	((Breech presentation OR Birth Setting OR Labor presentation) AND (incidence OR prevalence)) AND (Indicators of morbidity and mortality OR Fetal death OR Congenital abnormalities OR Asphyxia neonatorum OR Cerebral Palsy)	48	0
Web of Science Filtros: Idioma inglês; 10 years; gynecology and obstetrics; pediatrics.	((Breech presentation OR Birth Setting OR Labor presentation) AND (incidence OR prevalence)) AND (Indicators of morbidity and mortality OR Fetal death OR Congenital abnormalities OR Asphyxia neonatorum OR Cerebral Palsy)	66	01

Anexo 3

Fluxograma 1 - Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos. Estudos identificados, triagem com a leitura dos resumos, seleção dos artigos para leitura do texto completo, estudos incluídos na revisão e razões para as exclusões.



Anexo 4

Tabela 4 – Sistematização das informações – Autor, ano, país, objetivos, tipos de estudo, característica da amostra e principais resultados.

Nº	Autor Ano País	Tipos de estudo	Principais resultados
Objetivos		Característica da amostra	
14	<p>Bin <i>et al.</i> 2017 Austrália</p> <p>Comparar mortalidade infantil, paralisia cerebral, hospitalizações, desenvolvimento e resultados educacionais associados ao parto vaginal pélvico pretendido e a cesariana planejada.</p>	<p>Longitudinal, série de casos.</p> <p>Estudo populacional, 15.281 gestações pélvicas a termo elegíveis para parto vaginal, 7,7% foram categorizadas como parto vaginal pretendido, 74,2% como cesariana planejada e 18,1% como intenção incerta. Entre as mulheres que pretendiam o parto vaginal, 55,5% tiveram parto vaginal e 44,5% cesariana.</p> <p><u>Caracterização das mães:</u></p> <p><u>Gestantes que pretendiam ter parto vaginal pélvico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 75,9% tinham entre 20 e 34 anos e 21,3% tinham idade superior a 35 anos. - 48,5% em nulíparas e 51,5% eram multíparas. - 13,4% fumaram durante a gravidez. - 29% possuíam 40 semanas de gestação no momento do parto. <p><u>Gestantes que pretendiam ter parto pélvico cesáreo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 74,9% tinham entre 20 e 34 anos e 22,5% tinham idade superior a 35 anos. - 71,4% nulíparas e 28,6% multíparas. - 9% fumaram durante a gravidez. - 48,7% possuíam 39 semanas de gestação no momento do parto. <p><u>Caracterização das crianças:</u></p> <p><u>Nascidos de parto vaginal pélvico:</u></p>	<p><u>Desfecho dos nascidos por parto vaginal pélvico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 19,3% desenvolvimento vulnerável (risco). - 4,6% necessidades especiais. <p><u>Desfecho dos nascidos por parto cesáreo pélvico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 15,6% desenvolvimento vulnerável (risco). - 4,8% necessidades especiais. <p>Sem diferença significativa entre os dois grupos.</p> <p>Portanto, o parto vaginal pélvico não confere riscos ou benefícios adicionais para a saúde, desenvolvimento ou desempenho educacional da criança em comparação com a cesariana planejada. Entretanto, o presente estudo faz uma ressalva, apontando que o parto cesáreo pélvico é mais seguro em locais onde a equipe obstétrica não possui o preparo para realizar o parto vaginal pélvico.</p>

- 53,1% do sexo feminino.
- 18,9 % hospitalizados no primeiro ano de vida.
- 28,6% hospitalizados entre o primeiro e sexto aniversário.

Nascidos de parto cesáreo pélvico:

- 56,2% sexo feminino.
- 18,6% hospitalizados no primeiro ano de vida.
- 30,3% hospitalizados entre o primeiro e sexto aniversário.

Instrumentos de avaliação das crianças:

- Australian Early Developmental Census 2009 and 2012 (AEDC),
- National Assessment Program Literacy and Numeracy 2008–2014 (NAPLAN).

15	<p>Macharey <i>et al.</i> 2017 Finlândia</p> <p>Avaliar se uma tentativa de trabalho de parto vaginal pélvico planejado afeta o desenvolvimento neurológico em crianças.</p>	<p>Longitudinal, série de casos.</p> <p>Durante um período de estudo de 7 anos, 8.374 bebês nasceram em posição pélvica. Entre eles, 3.907 (46,7%) tiveram uma tentativa de parto normal e 4.467 (53,3%) bebês nasceram por cesariana planejada. Dessas 3907 gestantes, somente 2184 conseguiram o parto vaginal pélvico e 1723 evoluíram para uma cesariana.</p> <p><u>Caracterização das mães:</u></p> <p><u>Gestantes com trabalho de parto vaginal pélvico planejado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Média de 30 anos de idade. - 43,2% nulíparas. - 13,2% fumaram durante a gravidez. - 8,1% IMC >30. - 6,5% histórico de parto cesáreo. - 44,1% evoluíram para parto cesáreo de emergência. <p><u>Gestantes com parto cesáreo pélvico planejado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Média de 30,4 anos de idade. 	<p>No grupo de parto vaginal planejado, 133 (3,4%) crianças tiveram um resultado anormal do neurodesenvolvimento na idade de 4 anos, em comparação com 142 (3,2%) no grupo de cesariana planejada. Entretanto, não houve diferenças significativas, no resultado do neurodesenvolvimento, entre os dois grupos.</p> <p><u>Desfecho dos nascidos por parto vaginal pélvico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 0,08% morte perinatal (0 a 28 dias de vida). - 0,03% mortalidade infantil (29 a 365 dias de vida). - 0,13% paralisia cerebral. - 0,59% epilepsia. - 0,28% deficiência intelectual. - 0,13% autismo. - 1,07% distúrbios de linguagem ou fala. - 1,10% deficiência visual. - 0,33% deficiência auditiva. - 0,08% hiperatividade. - 3,40% resultado adverso combinado. <p><u>Desfecho dos nascidos por parto cesáreo pélvico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nenhuma morte perinatal. - 0,02% mortalidade infantil (29 a 365 dias de vida).
----	--	---	---

- 49,7% nulíparas.
- 15,2% fumaram durante a gravidez.
- 10,2% IMC >30.
- 14,2% histórico de parto cesáreo.
- 0,13% paralisia cerebral.
- 0,51% epilepsia.
- 0,13% deficiência intelectual.
- 0,22% autismo.
- 1,03% distúrbios de linguagem ou fala.

Caracterização das crianças:

- Nascidos vivos e natimortos com peso igual ou superior a 500 gramas e idade gestacional de 22 semanas ou mais.
- 1,12% deficiência visual.
- 0,25% deficiência auditiva.
- 0,13% hiperatividade.
- 3,18% resultado adverso combinado.

Nascidos de parto vaginal pélvico:

- Peso médio de 3.399 gramas.
- 53,8% sexo masculino.
- 3,1% score de Apgar em 5 min <7.

Nascidos de parto cesáreo pélvico:

- Peso médio de 3.465 gramas.
- 54,3% sexo masculino.
- 1,2% score de Apgar em 5 min <7.

Instrumentos de avaliação das crianças:

- Histórico médico; ultrassonografia; ressonância magnética; avaliações multidisciplinares em unidades especializadas em neurologia pediátrica.

A tentativa de trabalho de parto vaginal a termo com o feto em apresentação pélvica não está associada a um aumento da incidência de morbidade neurológica e mortalidade neonatal em crianças avaliadas no nascimento até os 4 anos de idade.

Entretanto, destaca-se que a seleção de gestantes com a saúde adequada para o parto vaginal pélvico são fatores importantes a serem considerados para um desfecho positivo.

16 Azria *et al.* 2016 França
Determinar se a apresentação pélvica é um fator de risco independente para morbidade neonatal, mortalidade ou morbidade neurológica de longo prazo em bebês muito prematuros.

Longitudinal, série de casos.
Entre os 1.518 recém-nascidos vivos (no início desta análise): 351 tinham apresentação pélvica; 1.392 estavam vivos na alta; 1.188 crianças foram elegíveis para acompanhamento e estavam vivas aos 8 anos.

Caracterização das mães com bebês em apresentação cefálica (vértice):

- 28,8% menor que 25 anos de idade; 56,9% entre 25 e 34 anos; 14,3% maior ou igual a 35 anos.
- 50,5% não tinham filhos; 37% apenas 1 filho; 12,5%

Desfecho dos nascidos em apresentação pélvica:

- 10,8% morte neonatal.
- 5,8% lesão cerebral grave; 13,7% lesão moderada; 13,4% lesão cerebral leve.
- 0,7% paralisia cerebral grave; 5,6% paralisia cerebral moderada; 5,6% outra desordem motora.
- 8,7% deficiência cognitiva grave; 20,2% deficiência cognitiva moderada.

Desfecho dos nascidos em vértice:

- 7,5% morte neonatal.
- 6,3% lesão cerebral grave; 12,5% lesão moderada; 14,3% lesão cerebral leve.
- 3,9% paralisia cerebral grave; 5,4% paralisia cerebral moderada; 3,4% outra desordem motora.

tinham 2 ou mais filhos.
- 89,1% não realizaram cesariana anterior e 10,9% realizaram cesariana anterior.
- 17,1% estavam entre 27 e 28 semanas de gestação no momento do parto; 28,2% entre 29 e 30 semanas e 54,7% entre 31 e 32 semanas.

Caracterização das mães de bebês em apresentação pélvica:

- 21,3% menor que 25 anos de idade; 60,6% entre 25 e 34 anos; 18,1% maior ou igual a 35 anos.
- 44,7% não tinham filhos; 43,6% apenas 1 filho; 11,7% tinham 2 ou mais filhos.
- 87,2% não realizaram cesariana anterior e 12,8% realizaram cesariana anterior.
- 27,9% estavam entre 27 e 28 semanas de gestação no momento do parto; 28,8% entre 29 e 30 semanas e 43,3% entre 31 e 32 semanas.

Nascidos em apresentação cefálica (vértice):

- 76,9% (1667) do total estavam em apresentação cefálica.
- 54,8% sexo masculino e 45,2% sexo feminino.
- 9,3% pequeno para a idade gestacional (PIG).
- 81,9% estavam com o peso e tamanho adequados para a idade gestacional.

Nascidos em apresentação pélvica:

- 23,1% (351) do total estavam em apresentação pélvica.
- 48,9% sexo masculino e 51,1% sexo feminino.
- 10,3% pequeno para a idade gestacional (PIG).
- 78,6% estavam com o peso e tamanho adequados para a idade gestacional.

Parto:

- 10,4% dos nascidos em vértice tiveram cesariana antes do início trabalho de parto

- 5,9% deficiência cognitiva grave; 22,9% deficiência cognitiva moderada.

A porcentagem de mortalidade neonatal foi significativamente maior entre os lactentes pélvicos do que entre os bebês vértices (10,8% vs. 7,5%, $P = 0,05$). No entanto, as diferenças não foram significativas após o controle de possíveis fatores de confusão. A morbidade neonatal não diferiu significativamente de acordo com a apresentação fetal.

A paralisia cerebral grave foi menos frequente no grupo nascido na posição pélvica em comparação com a apresentação de vértice, mas não houve diferença após o ajuste.

Não houve diferença de acordo com a apresentação fetal em deficiências cognitivas/dificuldades de aprendizagem ou deficiências gerais.

Conclui-se que a apresentação pélvica em partos muito prematuros, quando comparado com apresentação em vértice, não é um fator de risco independente para deficiências neurológicas ou cognitivas a longo prazo, ou mortalidade neonatal.

contra 24,1% dos nascidos em apresentação pélvica.

- 43,6% dos nascidos em vértice tiveram cesariana durante o trabalho de parto contra 49,3% dos nascidos em apresentação pélvica.

- 46,1% dos nascidos em vértice tiveram parto vaginal contra 25,6% dos nascidos em apresentação pélvica.

Instrumentos de avaliação das crianças:

- Exame médico padronizado aos 2 anos de idade.

- Exame médico padronizado aos 5 anos de idade; versão curta do exame neurológico de Touwen; bateria de avaliação Kaufman para crianças; questionário para avaliar a saúde e desempenho escolar aos 8 anos de idade.

17 Källén *et al.*
2015
Suécia
Avaliar a contribuição de fatores obstétricos para a sobrevivência e desenvolvimento pós-natal de prematuros extremos.

Longitudinal, série de casos.

Estudo populacional contendo 1.011 bebês nascidos antes de 27 semanas gestacionais completas de 2004 a 2007 na Suécia. Dentre esses, 69,9% de nascidos vivos.

Caracterização das mães:

- 22 a 27 semanas de gestação.
- 4,2% hipertensão arterial.
- 10,9% pré-eclâmpsia.
- 12,4% descolamento de placenta.

Caracterização das crianças:

- 54 % de todas as crianças eram do sexo masculino.
- Peso médio de 770 gramas entre os nascidos vivos.
- 7,5% dos que sobreviveram às primeiras 24 horas tiveram score de Apgar em 5 minutos menor que 4.
- 15 % dos nascidos vivos morreram em 24 horas.
- 70% sobreviveram 365 dias ou mais.
- Examinadas através do exame clínico (visão e audição) e da escala Bayley III

Desfecho entre as crianças que nasceram por parto vaginal em apresentação pélvica e foram examinadas com 2,5 anos de idade corrigida:

- 17,2% possuíam deficiência neurossensorial (visão ou audição);
- 46,4% tinham atraso no desenvolvimento intelectual;
- 55,2% alguma deficiência moderada ou grave.

Desfecho entre as crianças que nasceram por parto cesáreo, independentemente do tipo de apresentação no parto, e foram examinadas com 2,5 anos de idade corrigida:

- 7,5% possuíam deficiência neurossensorial (visão ou audição);
- 19,4% tinham atraso no desenvolvimento intelectual;
- 25,2% alguma deficiência moderada ou grave.

O parto vaginal em apresentação pélvica e o gênero masculino foram associados a um risco aumentado de mortalidade e atraso no neurodesenvolvimento nas crianças examinadas até os 2,5 anos de idade corrigida.

(desenvolvimento motor, cognitivo e de linguagem) com 2,5 anos de idade corrigida: 456 crianças ou 64%. Dessas, 7,5% possuíam deficiência neurossensorial (visão ou audição); 20% tinham atraso no desenvolvimento intelectual e 27,2% alguma deficiência moderada ou grave.

Parto:

- 50% dos nascidos vivos por meio de parto cesáreo.

Instrumentos de avaliação das crianças:

- Exame clínico de visão e audição.
- Motor, cognitivo e linguagem através da Bayley Scales of Infant (Bayley-III) and Toddler Development.

No presente estudo, dentre os fatores obstétricos analisados, somente o parto vaginal em apresentação pélvica foi significativamente associado a um desfecho adverso ao examinar a população aos 2,5 anos de idade corrigida. Por outro lado, o parto cesáreo foi associado ao aumento da sobrevivência dos neonatos nas primeiras 24 horas após o nascimento.

18 Lorthe *et al.*
2019
França

Avaliar se a via planejada de parto, vaginal ou cesárea, em apresentação pélvica de fetos únicos está associada à morbidade e mortalidade no contexto perinatal até os 2 anos de idade da criança.

Longitudinal, série de casos.

Estudo que incluiu 390 gestantes de fetos únicos em apresentação pélvica com 26 a 34 semanas de gestação, sendo 143 partos vaginais e 247 cesarianas.

Caracterização das mães:

- Gestantes de fetos únicos em apresentação pélvica.
- 26 a 34 semanas de gestação com trabalho de parto prematuro ou ruptura prematura de membranas uterinas.

Gestantes que pretendiam ter parto vaginal pélvico:

- 78,9% com idade entre 21 e 34 anos; 17,5% maior ou igual a 35 anos.
- 56,9% com idade gestacional entre 32 e 34 semanas.
- 48,9% nulíparas.
- 5,8% histórico de parto cesáreo.
- 61,7% trabalho de parto prematuro.

Gestantes que pretendiam ter parto cesáreo pélvico:

Desfecho dos nascidos de parto vaginal pélvico com 2 anos de idade corrigida e acompanhamento multidisciplinar:

- 3,3% paralisia cerebral.

Desfecho dos nascidos de parto cesáreo pélvico com 2 anos de idade corrigida e acompanhamento multidisciplinar:

- 2,6% paralisia cerebral;
- 0,3% deficiência auditiva - sem diferença significativa entre os grupos.

Recém-nascidos com parto vaginal planejado e cesariana planejada não diferiram em sobrevida (93,0 *versus* 95,7%, P = 0,14).

Diante dos resultados, o parto cesáreo planejado não confere riscos ou benefícios adicionais no nascimento prematuro (26 a 34 semanas de gestação) de fetos únicos em apresentação pélvica.

- 73,5% com idade entre 21 e 34 anos; 24,7% maior ou igual a 35 anos.
- 54,5% com idade gestacional entre 32 e 34 semanas.
- 49,2% nulíparas.
- 14,3% histórico de parto cesáreo.
- 55,2% trabalho de parto prematuro.

Parto:

- 36,6% do total das gestantes planejou um parto vaginal pélvico, porém, 18,4% dessas gestantes evoluíram para um parto cesáreo de emergência.
- 63,3 % do total das gestantes planejou um parto cesáreo pélvico e 99,8% dessas gestantes conseguiram ter um parto cesáreo.

Caracterização das crianças:

Nascidos de parto vaginal pélvico:

- 54,7% sexo masculino, 16,5% com peso e tamanho baixos para a idade gestacional; 93% sobreviveram.

Nascidos de parto cesáreo pélvico:

- 56,7% sexo masculino; 13,3% com peso e tamanho baixos para a idade gestacional; 95,7% sobreviveram.

Instrumento de avaliação das crianças:

- Exame neurológico realizado pelo médico especializado.

19 Niles, Barret, Ladhani
2017
Canadá

Comparar os resultados de parto vaginal e cesariana para bebês em apresentação pélvica e extremamente prematuros.

Transversal, série de casos.

Foram incluídos no estudo 176 nascimentos, sendo 36 partos vaginais e 140 cesarianas.

Caracterização das mães:

- Média de 31,1 anos de idade.

Gestantes que tiveram parto vaginal pélvico:

Desfecho dos nascidos de parto vaginal pélvico:

- 44,4% morte neonatal.
- 13,9% sofreram parada cardiorrespiratória.
- 74,1% hemorragia intraventricular.

Desfecho dos nascidos de parto cesáreo pélvico:

- 23,6% morte neonatal.

- Média de 24,5 semanas de gestação.
 - 11,1% fizeram tratamento de infertilidade.
 - 22,2% histórico de parto cesáreo.
 - 13,9% gestação gemelar.
 - 11,1% fizeram cerclagem na gravidez.
 - 50% ruptura prematura de membranas uterinas.
 - 69,4% corioamnionite.
- 5,7% sofreram parada cardiorrespiratória.
 - 68,3% hemorragia intraventricular.
- Dessa forma, o parto cesáreo de bebês pélvicos extremamente prematuros trouxe uma redução na mortalidade neonatal em comparação com o parto vaginal de bebês pélvicos. Além disso, o sexo masculino, menor peso ao nascer e idade gestacional mais precoce estão significativamente associados à mortalidade neonatal.

Gestantes que tiveram parto cesáreo pélvico:

- Média de 24,9 semanas de gestação.
- 18,6% fizeram tratamento de infertilidade.
- 15% histórico de parto cesáreo.
- 25,7% gestação gemelar.
- 22,1% fizeram cerclagem na gravidez.
- 54,3% ruptura prematura de membranas uterinas.
- 68,6% corioamnionite.

Parto:

- 20,5% parto vaginal pélvico.
- 79,5% parto cesáreo pélvico.

Caracterização das crianças:

Nascidos de parto vaginal pélvico:

- 52,8% sexo masculino;
- Peso médio de 658,5 gramas.

Nascidos de parto cesáreo pélvico:

- 46,4% sexo masculino;
- Peso médio de 672,2 gramas.

20	Furuwaka, Sameshima, Ikenoue 2014 Japão Determinar o impacto da cesariana no resultado neonatal de bebês nascidos com 23 semanas de gestação.	Transversal, série de casos. Estudo retrospectivo com 34 lactentes nascidos com 23 semanas e 91 lactentes nascidos com 24-26 semanas de gestação . <u>Caracterização das mães:</u> - 23 semanas de gestação: média 28,7 anos de idade; 29% com infecção intrauterina; 56% ruptura prematura de	O parto vaginal em casos de indicação obstétrica para cesariana não afetou o resultado neonatal para os nascidos com 24 a 26 semanas de gestação. Por outro lado, o parto vaginal em casos de indicação obstétrica para cesariana, resultou em um risco 13 vezes maior de mau resultado no grupo de 23 semanas de gestação. Dessa forma, os neonatos do grupo de 23 semanas se beneficiariam da cesariana por indicação obstétrica,
----	--	---	--

membranas; 26%
descolamento de placenta;
29% recusaram cesariana por
indicação obstétrica.
- 24 a 26 semanas de gestação:
30,1 anos; 12% com infecção
intrauterina; 41% ruptura
prematuro de membranas; 22%
descolamento de placenta; 4%
recusaram cesariana por
indicação obstétrica.

Caracterização das crianças:

- 23 semanas de gestação: 34
lactentes; 24% com
apresentação pélvica; 35%
meninas; 38,2% com paralisia
cerebral; 26,4% óbitos; 35%
hemorragia cerebral; média de
577 gramas; 47% padrão
cardíaco preocupante.

- 24 a 26 semanas de gestação:
91 lactentes; 12% com
apresentação pélvica; 54%
meninas; 24,2% com paralisia
cerebral; 8,7% óbitos; 9%
hemorragia cerebral; média de
700 g; 47% padrão cardíaco
preocupante.

Parto:

Parto vaginal e cesáreo (com
ou sem indicação obstétrica).

- 23 semanas de gestação: 47%
de cesarianas.

- 24 a 26 semanas de gestação:
70% de cesarianas.

minimizando os riscos de morbidade e
mortalidade.

Além disso, a cesariana por indicação
obstétrica também foi recomendada nos
casos de infecção intrauterina seguida
por padrão cardíaco preocupante do
neonato ou infecção intrauterina
seguida por apresentação pélvica,
principalmente, para os nascidos com
23 semanas de gestação, a fim de
proporcionar a chance de melhores
resultados.

21 Bjellmo *et al.*
2017
Noruega
Estudar se o parto
vaginal pélvico está
associado ao aumento do
risco de mortalidade
neonatal ou paralisia
cerebral.

Transversal, série de casos.

Estudo populacional que
acompanhou 520.047 nascidos
a termo sem malformações
congenitas.

Caracterização das mães:

**Gestantes com bebês em
apresentação cefálica:**

- 81% das gestantes de bebês
pélvicos tinham idade entre 20
e 34 anos; 17% maior ou igual
35 anos.

- Média de 39,7 semanas de
gestação.

- 56% das gestantes de bebês
pélvicos eram nulíparas; 27%
eram primíparas; 17% tinham

De acordo com o tipo de parto
planejado, o parto vaginal pélvico teve
um risco aumentado em 2,4 vezes de
mortalidade neonatal e um risco 2,1
vezes no resultado composto
(mortalidade neonatal e paralisia
cerebral). Entretanto, o parto cesáreo
pélvico planejado teve um risco
aumentado em 1,6 vezes de mortalidade
neonatal e 1,5 vezes no resultado
composto. Ambos se comparado com o
parto vaginal cefálico.

Conclui-se que o parto vaginal por
apresentação pélvica, independente se
planejado ou emergencial, e o parto
cesáreo pélvico de emergência foram
associados a um aumento do risco de
mortalidade neonatal em comparação

dois ou mais filhos.

com o parto cefálico vaginal, mas não com paralisia cerebral.

Gestantes com bebês em apresentação pélvica:

- 80% das gestantes de bebês pélvicos tinham idade entre 20 e 34 anos; 18% maior ou igual a 35 anos.
- Média de 39,1 semanas de gestação.
- 40% das gestantes de bebês pélvicos eram nulíparas; 36% eram primíparas; 24% tinham dois ou mais filhos.

Caracterização das crianças:

Nascidos em apresentação cefálica:

- 51% eram do sexo feminino e 49% do sexo masculino.
- 98% dos nascidos em apresentação pélvica com score de Apgar em 5 min maior ou igual a 7; 1,7% com score de Apgar em 5 min entre 4 e 6; 0,3% com score de Apgar em 5 min entre 0 e 3.
- 1,4% eram pequenos para a idade gestacional (PIG).

Nascidos em apresentação pélvica:

- 55% eram do sexo feminino e 45% do sexo masculino.
- 97% dos nascidos em apresentação pélvica com score de Apgar em 5 min maior ou igual a 7; 2,4% com score de Apgar em 5 min entre 4 e 6; 0,6% com score de Apgar em 5 min entre 0 e 3.
- 2,5% eram pequenos para a idade gestacional (PIG).

Parto:

- 47% das gestantes de bebês pélvicos planejaram um parto vaginal, enquanto apenas 33% dessas mulheres realmente conseguiram ter um parto vaginal pélvico.
- 53% das gestantes de bebês pélvicos planejaram um parto cesáreo, entretanto, apenas 67% dessas mulheres conseguiram ter um parto cesáreo pélvico.



Normas Editoriais da Movimenta

A revista *Movimenta* (ISSN 1984-4298), editada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), é um periódico científico quadrimestral que publica artigos relacionadas com a temática da Saúde e suas relações com o ambiente e a sociedade. A revista possui caráter multi e interdisciplinar e publica artigos de revisão sistemática da literatura, artigos originais, relatos de caso ou de experiência e anais de eventos científicos.

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada pelo site da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>) e implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outro periódico. Quando parte do material já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em Simpósio, Congresso, etc., deve ser citada como nota de rodapé na página de título e uma cópia do trabalho apresentado deve acompanhar a submissão do manuscrito.

As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original que possa ser replicada e generalizada, têm prioridade para publicação. São também publicadas outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseados na literatura recente, tais como Artigos de Revisão, Relato de Caso ou de Experiência, Análise crítica de uma obra, Resumos de Teses e Dissertações, Resumos de Eventos Científicos na Área da Saúde e cartas ao editor. Estudos envolvendo seres humanos ou animais devem vir acompanhados de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As contribuições devem ser apresentadas em português, contendo um resumo em inglês, e os Resumos de Teses e Dissertações devem ser apresentados em português e em inglês.

Os artigos submetidos são analisados pelos editores e por avaliadores de acordo com a área de conhecimento.

Processo de julgamento

Os manuscritos recebidos são examinados pelo Conselho Editorial, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. Aqueles que não estiverem de acordo com as normas abaixo serão devolvidos aos autores para revisão antes de serem submetidos à apreciação dos avaliadores.

Os textos enviados à Revista serão submetidos à apreciação de dois avaliadores, os quais trabalham de maneira independente e fazem parte da comunidade acadêmico-científica, sendo especialistas em suas respectivas áreas de conhecimento. Uma vez que aceitos para a publicação, poderão ser devolvidos aos autores para ajustes. Os avaliadores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores por recomendação expressa dos editores.

Os editores coordenam as informações entre os autores e os avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos são acompanhados por justificativa do editor.

Todo o processo de submissão, avaliação e publicação dos artigos será realizado pelo sistema de editoração eletrônica da *Movimenta* (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Para tanto, os autores deverão acessar o sistema e se cadastrar, atentando para todos os passos de submissão e acompanhamento do trabalho. Nenhum artigo ou documento deverá ser submetido à revista em via impressa ou por e-mail, apenas pelo sistema eletrônico.

INSTRUÇÕES GERAIS AOS AUTORES

Responsabilidade e ética

O conteúdo e as opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores. Estudos envolvendo sujeitos humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e indicar o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes, de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Estudos envolvendo animais devem estar de acordo com a Resolução 897/2008 do Conselho Federal de Medicina Veterinária. O estudo envolvendo seres humanos ou animais deve vir acompanhado pela carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável.

É também de responsabilidade dos autores o conteúdo e opinião emitido em seus artigos, assim como responsabilidade quanto a citações de referências de estudos já publicados. Por questões de ética editorial, a revista *Movimenta* reserva-se o direito de utilizar recursos de detecção de plágio nos textos recebidos antes do envio dos artigos para os avaliadores. Essa medida se torna importante tendo em vista inúmeras notícias e casos de plágio detectados no meio acadêmico e científico.

A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da indicação de permissão pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais do autor do manuscrito. Todas as informações contidas no artigo são de responsabilidade do(s) autor (es).

Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão escrita para uso e divulgação das imagens.

Autoria

Deve ser feita explícita distinção entre autor/es e colaborador/es. O crédito de autoria deve ser atribuído a quem preencher os três requisitos: (1) deu contribuição substantiva à concepção, desenho ou coleta de dados da pesquisa, ou à análise e interpretação dos dados; (2) redigiu ou procedeu à revisão crítica do conteúdo intelectual; e 3) deu sua aprovação final à versão a ser publicada.

No caso de trabalho realizado por um grupo ou em vários centros, devem ser

identificados os indivíduos que assumem inteira responsabilidade pelo manuscrito (que devem preencher os três critérios acima e serão considerados autores). Os nomes dos demais integrantes do grupo serão listados como colaboradores ou listados nos agradecimentos. A ordem de indicação de autoria é decisão conjunta dos co-autores e deve estar correta no momento da submissão do manuscrito. Em qualquer caso, deve ser indicado o endereço para correspondência do autor principal. A carta que acompanha o envio dos manuscritos deve ser assinada por todos os autores, tal como acima definidos.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

Formato do Texto

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão *.doc* ou *.docx*) e deve ser digitados em espaço 1,5 entre linhas, tamanho 12, fonte *Times New Roman* com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). *Relatos de Caso ou de Experiência* não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

Página de rosto (1ª página)

Deve conter: a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês; b) nome completo dos autores com indicação da titulação acadêmica e inserção institucional, descrevendo o nome da instituição, departamento, curso e laboratório a que pertence dentro desta instituição, endereço da instituição, cidade, estado e país; c) título condensado do trabalho (máximo de 50

caracteres); d) endereços para correspondência e eletrônico do autor principal; e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o projeto de estudo, se for o caso.

Resumos (2ª página)

A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português e inglês. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, seguindo a estrutura formal do texto, ou seja, indicando objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. Quanto à redação, buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve". O resumo e o abstract devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde do LILACS (<http://decs.bvp.br>) para fins de padronização de palavras-chaves.

Corpo do Texto

Introdução - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor (es) a empreender a pesquisa;

Materiais e Métodos - descrever de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Recomenda-se fortemente que estudos de intervenção apresentem grupo

controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

Resultados - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

Discussão - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (na Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Conclusão – deve ser apresentada de forma objetiva a (as) conclusão (ões) do trabalho, sem necessidade de citação de referências bibliográficas.

Obs.: Quando se tratar de pesquisas originais com paradigma qualitativo não é obrigatório seguir rigidamente esta estrutura do corpo do texto. A revista recomenda manter os seguintes itens para este tipo de artigo: Introdução, Objeto de Estudo, Caminho Metodológico, Considerações Finais.

Tabelas e figuras

Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras e tabelas devem ser digitados com fonte *Times New Roman*, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela deve ser digitada em espaço simples e colocadas na ordem de seu aparecimento no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Os títulos devem ser colocados acima das tabelas.

As tabelas não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Figuras. Todos os elementos que não são tabelas, tais como gráfico de colunas, linhas, ou qualquer outro tipo de gráfico ou ilustração é reconhecido pela denominação “Figura”. Portanto, os termos usados com denominação de Gráfico (ex: Gráfico 1, Gráfico 2) devem ser substituídos pelo termo Figura (ex: Figura 1, Figura 2).

Digitar todas as legendas das figuras em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Os títulos devem ser colocados abaixo das figuras.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas,

consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes figuras em uma única página. Em caso de fotografias, recomenda-se o formato digital de alta definição (300 dpi ou pontos por polegadas).

Unidades. Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

Citações e referências bibliográficas

A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a *List of Journals do Index Medicus* (<http://www.index-medicus.com>). As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito.

A revista recomenda que os autores realizem a conferência de todas as citações do texto e as referências listadas no final do artigo. Em caso de dificuldades para a formatação das referências de acordo com as normas de Vancouver sugere-se consultar o link: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (Como formatar referências bibliográficas no estilo Vancouver).

Agradecimentos

Quando pertinentes, serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

Envio dos Artigos

Os textos devem ser encaminhados à Revista na forma de acordo com formulário eletrônico no site <http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>.

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem enviar apenas dois arquivos no sistema da revista:

- 1) O arquivo do trabalho, em documento word;
- 2) Carta de encaminhamento do trabalho, segundo modelo adotado na revista, no item “documentos suplementares”. A carta deve ser preenchida, impressa, assinada, escaneada e salva em arquivo PDF. Na referida carta os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa;

Se o artigo for encaminhado aos autores para revisão e não retornar à *Revista Movimenta* dentro do prazo estabelecido, o processo de revisão será considerado encerrado. Caso o mesmo artigo seja reencaminhado, um novo processo será iniciado, com data atualizada. A data do aceite será registrada quando os autores retornarem o manuscrito, após a correção final aceita pelos Editores.

As provas finais serão enviadas por e-mail aos autores somente para correção de possíveis erros de impressão, não sendo permitidas quaisquer outras alterações. Manuscritos em prova final não devolvidos no prazo solicitado terão sua publicação postergada para um

próximo número da revista.

A versão corrigida, após o aceite dos editores, deve ser enviada usando o programa Word (arquivo doc ou docx.), padrão PC. As figuras, tabelas e anexos devem ser colocadas em folhas separadas no final do texto do arquivo do trabalho.

REQUISITOS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

Artigo de Pesquisa Original. São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de investigação baseada em dados empíricos ou teóricos, utilizando metodologia científica, de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais da saúde humana, de característica clínica, bioquímica, fisiológica, psicológica e/ou social. Devem incluir análise descritiva e/ou inferências de dados próprios, com interpretação e discussão dos resultados. A estrutura dos artigos deverá compreender as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Registro de Ensaio Clínicos. A Movimenta apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. De acordo com essa recomendação, artigos de pesquisas clínicas devem ser registrados em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (por exemplo, www.clinicaltrials.gov, www.ISRCTN.org, www.umin.ac.jp/ctr/index.htm e www.trialregister.nl). No Brasil o registro poderá ser feito na página www.ensaioclinicos.gov.br. Para tal, deve-se antes de mais nada obter um número de registro do trabalho, denominado UTN (Universal Trial Number), no link http://www.who.int/ictrp/unambiguous_identification/utn/en/, e também importar arquivo xml do estudo protocolado na Plataforma Brasil. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. Todos os artigos resultantes de ensaios clínicos randomizados devem ter recebido um número de identificação nesses registros

Artigos de Revisão. são revisões da literatura, constituindo revisões integrativas ou sistemáticas, sobre assunto de interesse científico da área da Saúde e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução que justifique o tema de revisão incluindo o objetivo; Métodos quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada e critério de análise da qualidade dos artigos; Resultados com tabelas descritivas; Discussão dos achados encontrados na revisão; Conclusão e Referências.

Relato de Caso. Devem ser restritos a condições de saúde ou métodos/procedimentos incomuns, sobre os quais o desenvolvimento de artigo científico seja impraticável. Dessa forma, os relatos de casos clínicos não precisam necessariamente seguir a estrutura canônica dos artigos de pesquisa original, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Estes trabalhos apresentam as características principais do(s) indivíduo(s) estudado(s), com indicação de sexo, idade etc. As pesquisas podem ter sido realizadas em humanos ou animais. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos de pesquisa original e devem seguir

as normas estabelecidas pela revista *Movimenta*.

Relato de Experiência. São artigos que descrevem condições de implantação de serviços, experiência dos autores em determinado campo de atuação. Os relatos de experiência não necessitam seguir a estrutura dos artigos de pesquisa original. Deverão conter dados descritivos, análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, apoiados em evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos.

Cartas ao Editor. Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, consultas às situações clínicas e discussões de assuntos específicos da área da Saúde serão publicados a critério dos editores. Quando a carta se referir a comentários técnicos (réplicas) aos artigos publicados na Revista, esta será publicada junto com a réplica dos autores do artigo objeto de análise e/ou crítica.

Resumos de Dissertações e Teses. Esta seção publica resumos de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado, defendidas e aprovadas em quaisquer Programas de Pós-Graduação reconhecidos pela CAPES, cujos temas estão relacionados ao escopo da *Movimenta*.

Resumos de Eventos Científicos. Esta seção publica resumos de Eventos Científicos da Área da Saúde. Para tanto, é necessário inicialmente o envio de uma carta de solicitação para publicação pelo e-mail da editora chefe da revista (Profa. Dra. Cibelle Formiga cibellekayenne@gmail.com). Após anuência, o organizador do evento deve submeter o arquivo conforme orientações do Conselho Editorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a documentação referente ao artigo e documentos suplementares (declarações) deverá ser enviada pelo sistema de editoração eletrônica da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Não serão aceitos artigos e documentos enviados pelo correio.

É de responsabilidade do(s) autor (es) o acompanhamento de todo o processo de submissão do artigo até a decisão final da Revista.

Estas normas entram em vigor a partir de 01 de Fevereiro de 2020.

Os Editores.