


### **Conclusões:**

Segundo as recomendações de Instituições nacionais e internacionais e a DGS é aconselhada em primeira linha a versão externa . Este procedimento é seguro e aumenta em 50% a probabilidade de ter um parto vaginal. As grávidas que não pretendam ser submetidas a VCE ou quando não foi realizada com sucesso, podem optar por um parto vaginal pélvico (desde que tenham as condições necessárias para um parto em segurança) ou cesariana programada.

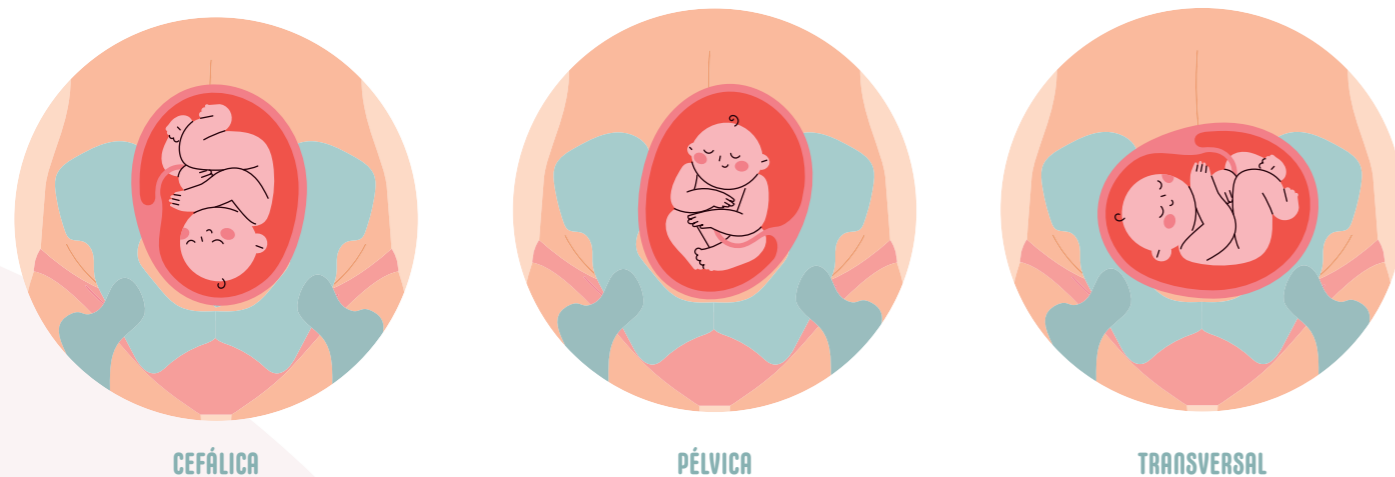
A informação relatada neste folheto informativo, tem apenas em conta os riscos relacionados com a saúde física. A decisão da grávida depende também das expectativas pessoais da grávida e família, os valores e crenças individuais. A sua decisão deve ser livre e informada



**Tenho um/a bebé pélvico (sentado)  
e já ultrapassei as 35 semanas  
O que posso fazer?**

### A - O que é um bebé pélvico?

Um/a bebé em apresentação pélvica é um bebé que está sentado em vez de estar de cabeça para baixo. Após as 35 semanas só 4% dos bebés estão sentados



### B- Que se pode fazer?

Tentativa de versão externa a partir das 36 semanas  
Aguardar por um parto pélvico espontâneo ou induzido  
Programar cesariana para as 39 semanas.

### C- O que é versão cefálica externa (VCE)?

Consiste na tentativa, realizada por um/a médico/a, de rodar um feto aplicando alguma pressão na barriga de forma a provocar uma “cambalhota”. O objectivo é aumentar a probabilidade de um parto cefálico vaginal (com menos riscos para a mãe e feto-**ver H**).

### D – Taxa de sucesso da VCE

A taxa de sucesso segundo a literatura mundial é de 40% para o 1º filho/a, aumentando para 60% quando a grávida já teve 1 ou mais filhos/as.  
Após a versão externa com sucesso – 97% - mantém-se cefálico até ao parto.

### E – Como é realizada a Versão Externa?

Antes de começar o procedimento é realizada uma ecografia para confirmar a posição do/a bebé, avaliar o líquido amniótico e o cordão umbilical. A VCE é realizada com a grávida deitada para cima ou ligeiramente de lado. Como a manipulação do útero pode causar contrações, geralmente administra-se um medicamento para diminuir as contrações (que pode provocar uma ligeira aceleração do coração da mãe). Quando o útero já está relaxado o médico/a coloca as mãos na sua barriga e empurra ligeiramente o rabo do/a bebé e empurra a cabeça de forma que ele/ela faça uma “cambalhota”. Estes movimentos são lentos mas firmes. Durante o procedimento os batimentos do coração do/a bebé são avaliados várias vezes. O desconforto causado na grávida varia de mulher para mulher.

Suspende-se a tentativa de versão após 3 tentativas ou se a mãe não tolerar ou se houver alteração dos batimentos cardíacos do feto.

Após a manobra, será realizado um CTG (avaliação dos batimentos do/a bebé e das contrações uterinas) durante 1 hora. Se tranquilizador a grávida poderá ter alta.

### F – É um procedimento seguro?

É considerado seguro por todas as Instituições científicas nacionais e internacionais, assim como pela DGS(Direção Geral Saúde). As complicações são muito raras e geralmente limitadas a um curto espaço de tempo: diminuição da frequência cardíaca transitoriamente e sem significado patológico, rotura de membranas e perda de sangue escassa por via vaginal. Em 1:220 grávidas submetidas a VCE pode ocorrer um descolamento de placenta com diminuição mantida da frequência cardíaca fetal, sendo necessário realizar cesariana imediata. Por esse motivo as grávidas devem apenas ingerir líquidos claros nas 6 horas anteriores.

### G- Aguardar por um parto pélvico espontâneo ou provocado?

Num parto pélvico primeiro “nasce” o corpo do/a bebé sendo a cabeça última a nascer. Como a cabeça é a estrutura maior e mais dura do/a bebé, pode haver mais dificuldade na sua extração. Por esse motivo (mesmo sendo de baixo risco – 0,002%) o parto vaginal num pélvico tem maiores riscos para o/a bebé, que uma cesariana programada (risco 0,0005%).

Com o objetivo de diminuir o risco de 0,005, só se oferece o parto pélvico na presença de determinadas condições (peso estimado entre 2500g e 3500g, que não exista cordão umbilical nem pés abaixo das nádegas e que a cabeça do bebé esteja fletida). Cumprindo estas directrizes o risco é semelhante a uma cesariana programada. À semelhança dos partos em apresentação cefálica as grávidas estão monitorizadas e têm acesso a todos os procedimentos naturais ou farmacológicos para controle da dor e pode ter que ser realizada uma cesariana.

### H- Quais os riscos e benefícios de uma cesariana?

As vantagens são: poder programar o dia do parto e evitar as dores do trabalho de parto. Também tem um risco ligeiramente inferior de complicações que o parto em apresentação pélvica (**ver G**).

As desvantagens são: aumento dos casos de dificuldade respiratória (geralmente transitória mas, pode implicar internamento na Unidade de Cuidados intensivos neonatais) dos/das recém-nascidos/as de cesariana (4% vs 2%), risco de 20 a 25% de os/as bebés que nascem de cesariana virem a desenvolver alergias, obesidade e diabetes na infância, recuperação mais lenta das grávidas após a cesariana com maior dificuldade em cuidar do/da recém-nascido/da e das tarefas diárias, as complicações maternas são 4 vezes superiores numa cesariana (lesões da bexiga e intestino, infecção pós parto, trombose venosa, embolia pulmonar).

A existência de uma cicatriz de cesariana implica em 50% o risco de uma nova cesariana, risco de rotura uterina (0,47%), aumenta em 3 vezes o risco de placenta prévia (placenta que se localiza na parte mais baixa do útero e causa frequentemente hemorragia) e em 7 vezes de placenta acreta (placenta anormalmente agarrada ao útero – em alguns casos é necessário tirar o útero).