

PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

Assistência ao Parto Pélvico

Versão: 1 | 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELINI

ELABORAÇÃO

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Unidade de Saúde da Mulher

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher

Ana Clara Mendes Ribeiro, Programa de Residência em Medicina Fetal

Yahn Rezende Abreu, Programa de Residência em Medicina Fetal

Ivana Vieira Cunha, Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia

ANÁLISE

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 27/7/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.011

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados. © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados

www.gov.br/hubrasil



1. OBJETIVO/INFORMAÇÕES GERAIS

Estabelecer diretrizes para assistência segura e baseada em evidências ao parto pélvico, incluindo parto pélvico vaginal, parto pélvico por cesariana e versão cefálica externa (VCE), padronizando condutas da equipe multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), visando redução de riscos maternos e neonatais.

O manejo do parto pélvico compreende três abordagens principais:

- parto pélvico vaginal assistido;
- parto pélvico por cesariana planejada;
- versão cefálica externa (VCE) quando indicada.
- **Confirmação da apresentação:**
- ✓ Ideal: ultrassonografia (USG) ≤7 dias.
- ✓ Aceitável: USG ≤14 dias se não houver suspeita de mudança (mobilidade fetal, altura uterina, palpação abdominal sugestiva).

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO – PARTO PÉLVICO VAGINAL

2.1 Critérios de inclusão

A tentativa de parto vaginal pélvico está indicada quando todos os critérios apresentados a seguir forem atendidos.

Materno-fetais

- Gestação ≥ **36 semanas** (individualizado entre 32-36 semanas);
- Apresentação **pélvica completa ou incompleta modo nádegas**;
- Peso fetal estimado entre **2000 e 4000 g**;
- Ausência de restrição de crescimento fetal;
- Ausência de anomalias fetais que aumentem risco de distocia (exemplo: hidrocefalia, tumores);
- Ausência de hiperextensão cefálica;
- Ausência de placenta prévia ou contraindicações ao parto vaginal.

Estrutura e equipe

- Presença obrigatória de **profissional experiente em parto pélvico**;
- Sala de cirurgia disponível para emergência;
- Neonatologista presente;
- Material adequado (fórceps de Piper, tocolíticos, ressuscitação neonatal).

Trabalho de parto (TP)

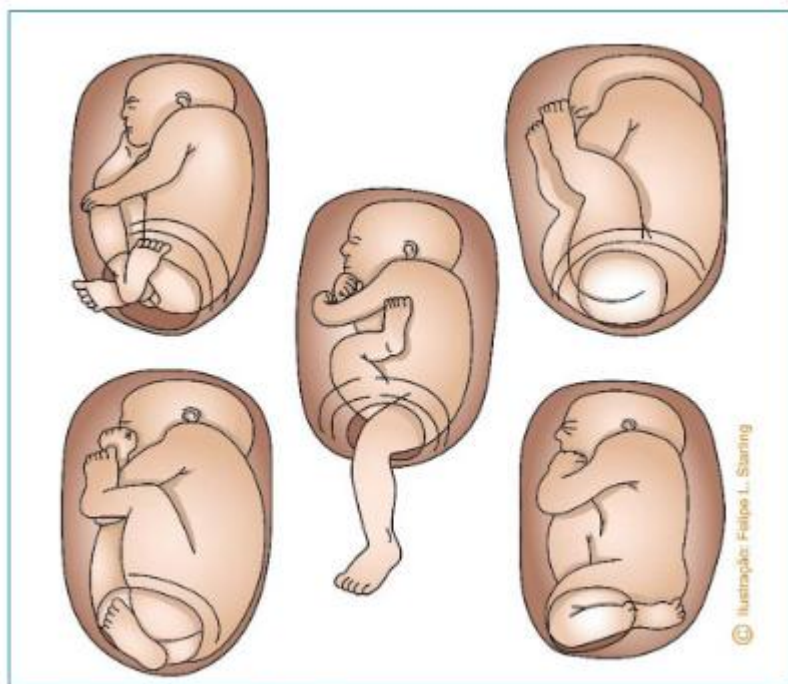
- Trabalho de parto **espontâneo** (preferencial);
- Progresso normal de dilatação e descida;
- Membranas preferencialmente íntegras até fases avançadas.

2.2. Critérios de exclusão

- Apresentação pélvica **incompleta (footling)**;
- Anomalias fetais não compatíveis com parto vaginal;



- Hiperextensão persistente da cabeça;
- Peso fetal estimado > 4000 g ou < 2000 g;
- Gemelaridade (exceto segundo gemelar);
- Cicatriz uterina prévia ou nulíparas (dependendo do julgamento clínico, pode ser contraindicação relativa)
- Estado fetal não tranquilizador.



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 1. Modalidades de apresentação pélvica

3. MANEJO DO PARTO PÉLVICO VAGINAL

3.1 Princípios gerais

- O parto pélvico deve ser conduzido somente por profissional habilitado.
- Aplicar filosofia **“hands-off, maneuvers-on”** (evitando manipulações precoces e intervindo quando necessário).
- Monitorização fetal contínua.
- Manter membranas íntegras o quanto possível.
- Analgesia neuroaxial em baixa concentração quando possível.
- Evitar ocitocina na fase ativa se houver contrações adequadas.
- Baixo limiar para conversão para cesárea.

3.2. Posição materna

Litotômica

Preferida para a fase final (ombros e cabeça). Vantagem de visualização, acesso para manobras, segurança. Desprendimento mais lento que nas verticais e maior necessidade de intervenção.

Posições não litotômicas

Incluem cócoras, 4 apoios, semi-sentada. Redução do período de dilatação, da taxa de cesariana, da necessidade de manobras para extração fetal e da taxa de lesões neonatais. Na posição de Gaskin (4 apoios) mais da metade dos fetos pélvicos se desprendem sem a necessidade de nenhuma manobra.

4. MANOBRAS NO PARTO PÉLVICO

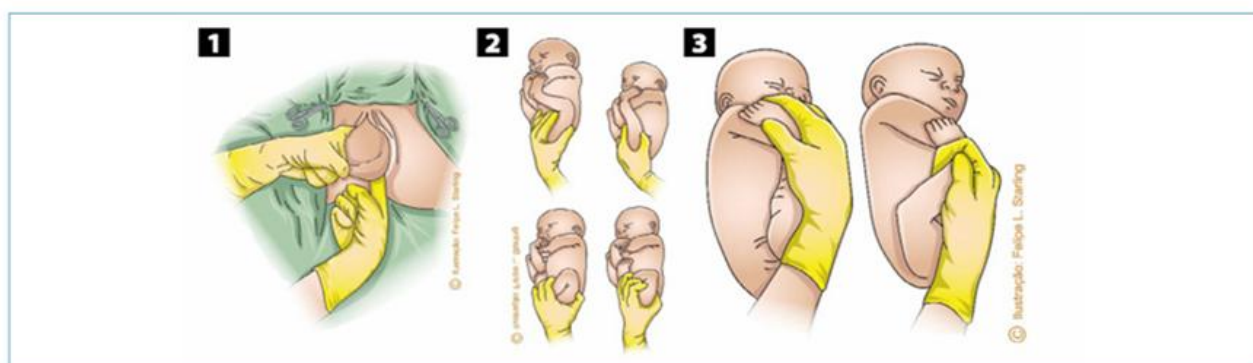
4.1. Fase 1 – Nádegas e tronco

Conduta inicial:

- Evitar tracionar;
- Permitir progressão espontânea até o umbigo;
- Tração na prega inguinal se necessário;
- Após liberação dos membros inferiores, checar pulsação do cordão e avaliar necessidade de alça de cordão (apenas para evitar tração por manipulações posteriores).

Manobra de Pinard (pernas estendidas):

- Pressão no poplíteo para flexão e liberação do membro;
- Repetir no lado oposto.



Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

1. Tração inferior bidigital na prega inguinal. 2. Manobra de Pinard. 3. Apreensão e tração inferior do pé fetal anterior alternativa à manobra de Pinard.

Figura 2. Fase 1 do parto pélvico

4.2. Fase 2 – Ombros e braços

Manobra de Rojas:

- Movimentos rotatórios de 180° para os dois sentidos.

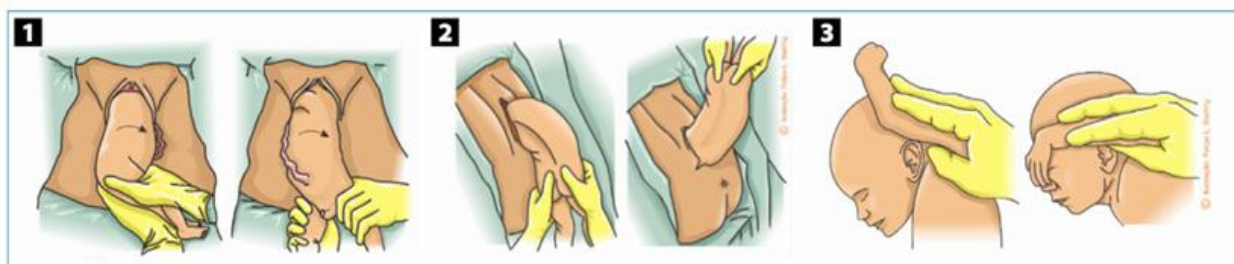
Manobra de Deventer-Miller:

- Feto no diâmetro anteroposterior, movimentos alternados de elevação e abaixamento do tronco.

Lovset: sequenciamento das duas manobras para liberação dos membros superiores. Liberação direta do braço se falha.

Manobra de Pajot:

- Consiste em apreender cada ombro por trás e tracionar o braço fetal para baixo e para rente, fazendo-o deslizar pela face até o tórax para permitir sua liberação.



Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

1. Manobra de Rojas. 2. Manobra de Deventer-Miller. 3. Manobra de Pajot.

Figura 3. Fase 2 do parto pélvico

4.3. Fase 3 – Cabeça derradeira

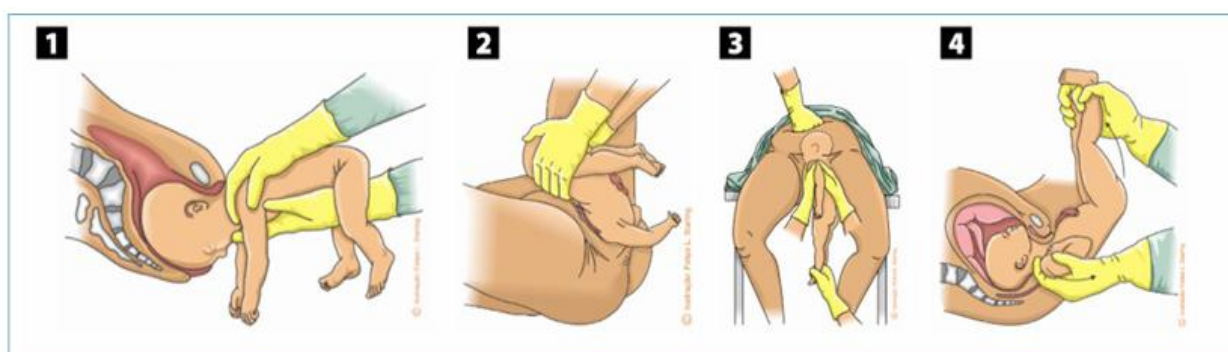
Manobra de Bracht: o tronco fetal é elevado e projetado em direção ao abdome materno, mantendo-se a flexão das coxas sobre o abdome durante a execução da manobra.

Manobra Mauriceau–Smellie–Veit (MSV): os dedos indicador e anelar da mão inferior se posicionam nas eminências malaras e o dedo médio, na maxila, objetivando à flexão do polo cefálico. Outra mão no occipício mantendo flexão; elevar tronco suavemente até liberação.

Manobra de Liverpool: o corpo fetal é deixado pendente durante 20 segundos, e as tentativas de desprendimento com as outras manobras são retomadas subsequentemente.

Manobra de Champetier de Ribes: parturiente com pernas pendentes, rotaciona-se o feto no eixo transversal da pelve; o primeiro operador mantém o polo cefálico fetal em flexão e o terceiro exercendo pressão manual no fundo uterino, ambos continuamente, o segundo operador levanta o corpo fetal pelos pés, projetando-o em direção ao tórax materno, com o objetivo de desprender o parietal posterior do feto e após desprendimento do parietal anterior.

Manobra de Praga: realizada quando a face ventral do feto está voltada para o abdome materno. A mão aplicada nos tornozelos eleva os membros inferiores, projetando-os em direção ao abdome materno, enquanto a mão aplicada nos ombros executa tração axial, objetivando ao desprendimento do polo cefálico fetal.



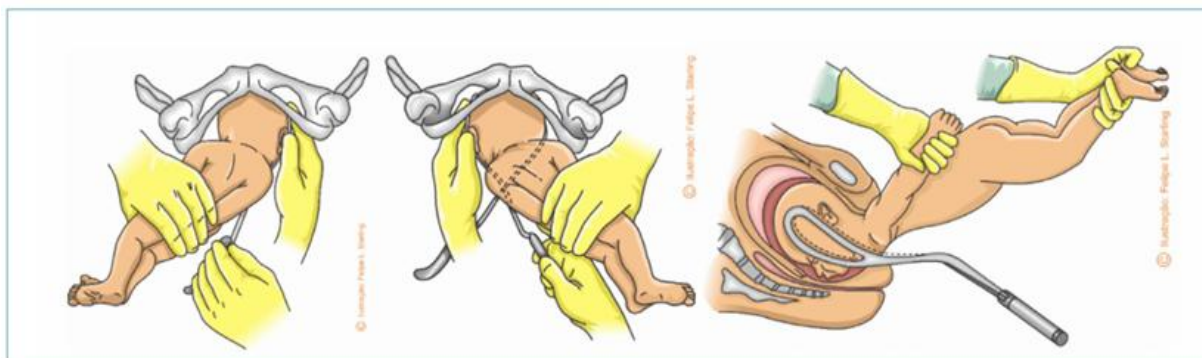
Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

1. Manobra de Mauriceau. 2. Manobra de Bracht. 3. Manobra de Champetier de Ribes. 4. Manobra de Praga.

Figura 4. Fase 3 do parto pélvico

❖ **Fórceps de Piper**

- Indicado quando falha das demais manobras;
- Aplicado com auxílio para elevar tronco não mais que 45°.



Fonte: Ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

Figura 5. Fórceps de Piper

❖ **Posição não litotômica:**

Assistência observacional. Avaliar sinais indicativos de progressão fisiológica:

- rotação do dorso fetal em direção ao abdome materno, tônus fetal, ingurgitamento do cordão, cotovelos fetais, dilatação anal materna).



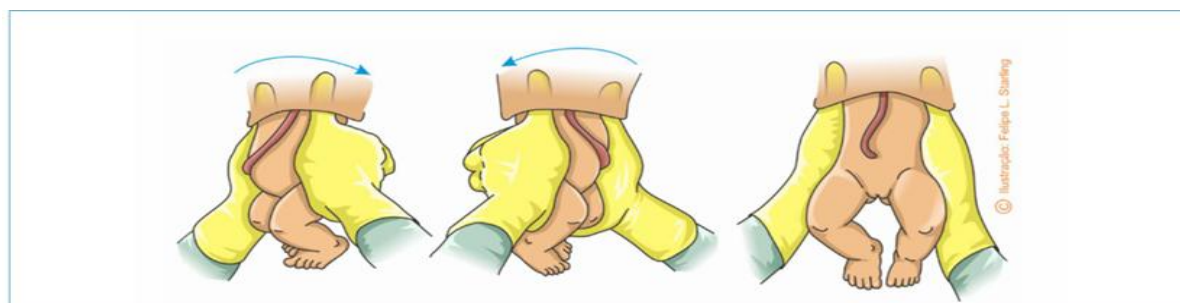
Fonte: Registro fotográfico gentilmente cedido pela Dra. Caroline Reis Gonçalves; registros fotográficos dos autores.

1. Tônus dos membros inferiores fetais e ingurgitamento do cordão umbilical. 2. Presença dos cotovelos e das pregas do tórax fetal. 3. Dilatação anal materna.

Figura 6. Posição não litotômica

❖ **Manobra 180° - 90°**

- O corpo fetal é rodado por 180°, na direção contrária ao abdome fetal. Sequencialmente o feto é rodado de volta à posição anterior, porém somente por 90°.

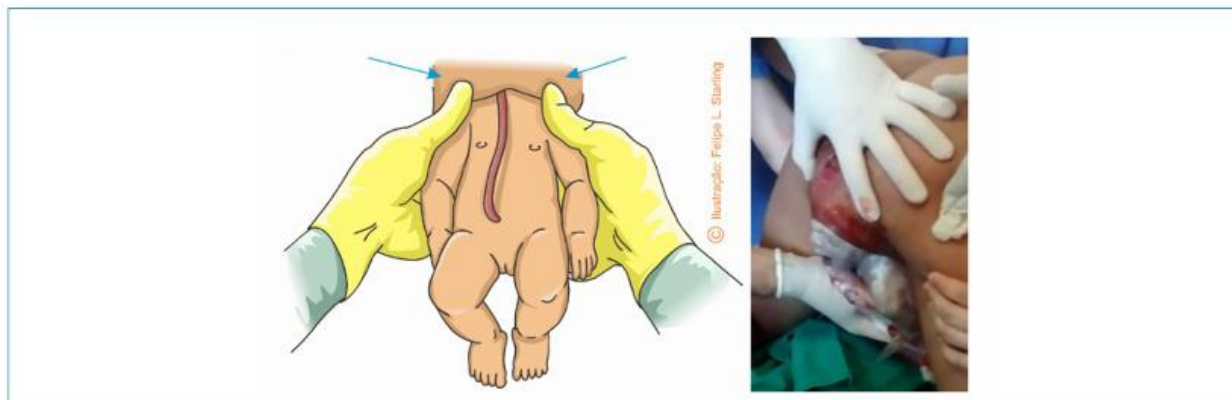


Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 7. Manobra 180° - 90°

❖ **Manobra Frank nudge**

O tronco fetal é “empurrado” para trás, em direção ao ventre materno. Essa manobra empurra o occipital do feto contra o pube materno, promovendo um apoio para a flexão do polo cefálico, aproximando o mento do esterno e ultimando a expulsão.



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada); registro fotográfico dos autores.

Figura 8. Manobra Frank nudge

A mudança para a posição litotômica **não deve ser rotina**, sendo indicada **somente quando necessária**, especialmente para a aplicação de fórceps de Piper, utilização da técnica clássica de Mauriceau-Smellie-Veit ou realização de manobras internas mais complexas para resolução de distocia ou aprisionamento cefálico.

5. CONDUTAS GERAIS INTRAPARTO

- Cardiotocografia contínua;
- Evitar toque excessivo;
- Empurrar somente com dilatação completa;
- Falha de descida por 30–60 minutos → cesariana;
- Episiotomia apenas se necessária;
- Evitar ocitocina na fase ativa quando há suspeita de desproporção.

6. COMPLICAÇÕES E MANEJO

6.1. Aprisionamento cefálico

Conduta:

- Relaxamento uterino farmacológico (nitroglicerina, terbutalina, salbutamol);
- Estiramento digital cervical;
- Pressão suprapúbica para auxiliar flexão;

Medidas extremas (não rotina):

- Incisões de Dührssen (1 a 3 incisões no colo, geralmente às 2h, 6h e 10h) para expandir o orifício cervical);
- Zavanelli seguido de cesariana;
- Sinfisiotomia (não recomendada).

7. PÓS-PARTO IMEDIATO

- Neonatologista avalia imediatamente;

- Ocitocina habitual;
- Avaliar possíveis traumas (fraturas, lesões neurológicas);
- Documentar todas as manobras realizadas com horários;
- Acompanhamento em alojamento conjunto conforme sinais vitais e estabilidade.

8. PARTO PÉLVICO POR CESARIANA

8.1. Indicações

- Critérios de exclusão para parto vaginal;
- Apresentação pélvica incompleta;
- Falha de evolução no TP;
- Estado fetal não tranquilizador;
- Malformações fetais que predisponham à distócia;
- Pré-termo < 36 semanas (em muitos casos).
- Cesárea eletiva: entre 39 e 41 semanas.

8.2. Técnica operatória

Incisão uterina

- Preferir **transversa segmentar baixa**;
- Em pré-termos, considerar **vertical** se segmento estreito.

Extração fetal

- Sem tração;
- Mobilizar nádegas;
- Liberar membros inferiores;
- Liberar braços (Lovset se necessário);
- Desprender cabeça com suprapúbica externa;
- Manter fórceps de Piper disponível.

8.3. Pré-termos

- Maior risco de retenção cefálica;
- Considerar tocolíticos para facilitar extração;
- Segmento uterino baixo pode ser estreito → incisão vertical.

9. VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA (VCE)

A Versão Cefálica Externa (VCE) é uma manobra manual realizada no abdômen materno para tentar virar o feto de uma apresentação pélvica ou transversa para uma apresentação cefálica. Quando bem-sucedida, a VCE permite um parto vaginal seguro e reduz a necessidade de cesariana. A taxa de sucesso da VCE varia, mas pode atingir 50-60% em primíparas e 70-80% em multíparas.

9.1 Indicações

- Gestantes com apresentação pélvica ao final do terceiro trimestre (preferencialmente entre 37+0 e 38+6 semanas);
- Ausência de contraindicação ao parto vaginal;
- Feto único;

9.2 Contraindicações

- **Absolutas:**

- Qualquer contraindicação para o parto vaginal (placenta prévia, vasa prévia, herpes genital ativo etc.);
- Anomalias placentárias;
- Infecção materna ativa com carga viral detectável (HIV, Hepatite B, Hepatite C);
- Isoimunização Rh;
- Rotura prematura de membranas;
- Distúrbios de coagulação maternos;
- Suspeita de estado fetal não tranquilizador;
- Histórico de descolamento prematuro de placenta em gestação anterior;
- Sangramento vaginal no terceiro trimestre;
- Pré-eclâmpsia grave ou síndrome HELLP;
- Restrição de crescimento intrauterino (RCIU) com Doppler alterado.

- **Relativas:**

- Malformações fetais maiores;
- Oligodrâmnio grave;
- Cicatriz uterina prévia.

9.3 Realização do Procedimento

Deve-se realizar em ambiente hospitalar com equipe preparada, monitorização fetal e materna, e acesso a cesariana de urgência se necessário. O procedimento pode ser realizado por um ou dois profissionais.

Após consentimento informado, deve-se administrar tocolítico para relaxamento uterino, caso não existam contraindicações maternas. Recomenda-se terbutalina 0,25mg SC entre 20 e 30 minutos antes da realização do procedimento.

O procedimento deve preferencialmente ser realizado com disponibilidade de aparelho de ultrassonografia.

A paciente deve ser posicionada em decúbito dorsal e se possível em ligeiro Trendelenburg. Deve-se informar à paciente que o procedimento pode ser desconfortável, ou até apresentar uma dor leve, mas que em caso de dor forte ela deve comunicar imediatamente a equipe e esta deve suspender o procedimento.

Confirma-se a apresentação fetal com ultrassonografia e ausculta de Batimento Cardíaco Fetal (BCF), e após a aplicação de uma quantidade generosa de gel de ultrassom no abdômen para reduzir o atrito, realiza-se a versão:

1. O profissional utiliza os dedos e a borda ulnar de uma ou ambas as mãos para elevar a apresentação fetal e liberá-la da pelve;
2. Simultaneamente, a cabeça é delicadamente guiada no sentido da pelve materna enquanto as nádegas são elevadas. A cabeça fetal não deve ser direcionada até que a apresentação esteja livre na pelve;
3. A rotação deve ser realizada primeiramente no sentido da face fetal (forward roll). Se não houver sucesso na primeira tentativa pode-se tentar a rotação no sentido do occipício fetal (back flip);
4. As mãos devem guiar os polos fetais com firmeza e constância, evitando movimentos bruscos.

5. Girar o feto lentamente, empurrando para cima (aplicando 70% da força) e, simultaneamente, guiar a cabeça para baixo (aplicando 30% da força);
6. Quando a cabeça estiver abaixo do nível das nádegas do feto, direcione-a firmemente para a pelve materna. Isso garante que a cabeça do feto não retorne à sua posição original;
7. A manobra termina quando a cabeça fetal estiver posicionada na pelve materna;
8. A manobra deve ser interrompida se não houver progressão do polo cefálico ou se a paciente se queixar de dor forte;
9. A maioria das versões é bem-sucedida na primeira tentativa e bem tolerada. Não se recomenda mais de três ou quatro tentativas consecutivas, pois a probabilidade de sucesso diminui a cada tentativa, e o desconforto do paciente e o risco de complicações aumentam;
10. Deve-se confirmar a nova apresentação fetal por ultrassonografia e fazer ausculta do BCF.

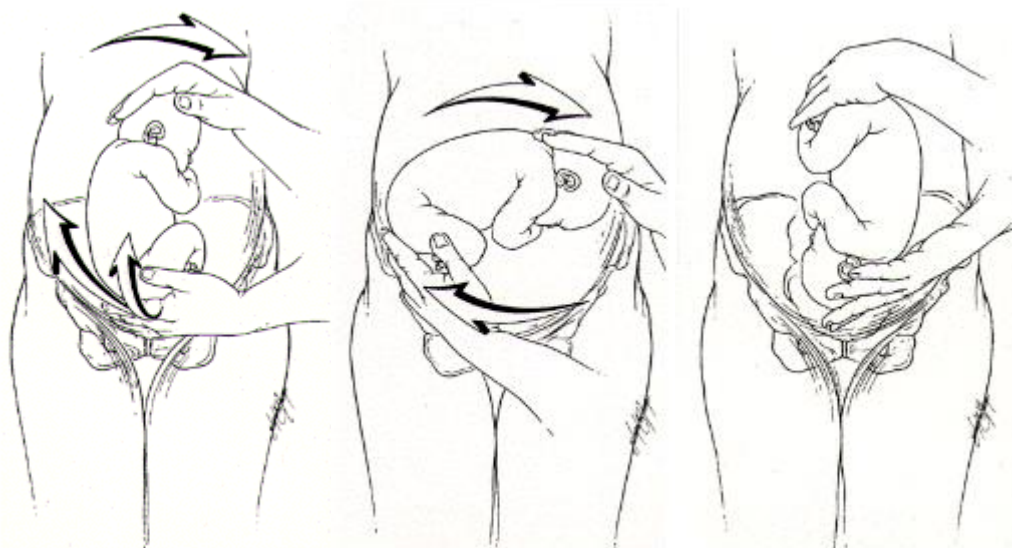


Figura 9. Procedimento - Versão Cefálica Externa

9.4 Possíveis complicações

Em casos raros podem ocorrer ruptura de membranas, descolamento de placenta, estado fetal não tranquilizador, ou sangramento materno aumentado. Frente a qualquer um desses sinais (exceto a ruptura das membranas), a paciente deve ser submetida a cesariana de urgência.

9.5 Conduta após o procedimento

- Após o término do procedimento deve-se realizar uma cardiotocografia (preferencialmente estendida, 30 a 40 minutos) e a paciente deve ser mantida em observação por pelo menos 2 horas;
- Todas as pacientes Rh negativo devem receber imunoglobulina após o procedimento;
- Se falha da VCE indicar cesariana eletiva ou planejamento individualizado;
- Se bem-sucedida seguir protocolo de parto vaginal conforme avaliação.

10. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Equipe de Ginecologia e Obstetrícia:

- Avaliar e discutir casos com apresentação pélvica;

- Definir elegibilidade para VCE, parto vaginal ou cesariana;
- Realizar/supervisionar manobras;
- Garantir consentimento e registro em prontuário.

Equipe de Neonatologia:

- Presente em todo parto pélvico ou VCE;
- Avaliar o recém-nascido (RN) e realizar reanimação se necessário;
- Registrar desfechos neonatais.

Supervisão de Ensino:

- Incluir o protocolo na formação dos residentes;
- Monitorar indicadores e revisar o protocolo periodicamente.

11. MONITORAMENTO

Registrar e acompanhar:

- Taxa de sucesso do parto pélvico vaginal planejado;
- Taxa de conversão para cesariana;
- Complicações maternas e neonatais;
- Número de VCE realizadas, taxa de sucesso e intercorrências;
- Desfechos neonatais (Apgar, reanimação, internação neonatal).

12. REFERÊNCIAS

FEBRASGO. *Assistência ao parto pélvico.* Position Statement nº 1 – 2024. **ALVES, Álvaro L. L.; NOZAKI, A. M.; POLIDO, C. B.; SILVA, L. B.; KNOBEL, R.** *Assistência ao parto pélvico.* Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v. 46, e-FPS01, 2024.

Fetal Medicine Barcelona. *Protocolo: Versión Cefálica Externa.* Barcelona, 2023.

UpToDate – *Delivery of the Singleton Fetus in Breech Presentation.*

13. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	27/7/2026	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)

14. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**Elaboração – data: 10/4/2026**

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano e Alberto Borges Peixoto, médicos da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Ana Clara Mendes Ribeiro e Yahn Rezende Abreu, médicos residentes em Medicina Fetal

Ivana Vieira Cunha, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia

Análise – data: 10/4/2026

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Aprovação – data: 11/5/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Validação técnica – data: 16/4/2026 a 2/7/2026

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Registro, validação de forma e revisão – data: 27/7/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental