

External cephalic version – what do portuguese obstetricians think? Versão cefálica externa – o que pensam os obstetras em Portugal?

Laura Cruz¹, Andreia Fonseca¹, Susana Santo¹, Luísa Pinto¹, Nuno Clode²

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Abstract

Introduction: External cephalic version (ECV) is a procedure to change the presentation of the fetus from breech, transverse, or oblique to vertex by applying pressure externally to the fetus through the gravid abdomen.

Aim: To evaluate the use of external cephalic version (ECV) among the portuguese obstetric community and the reasons for not performing this procedure.

Study design: Cross-sectional study.

Population: Doctors attending the 5th national Congress of Obstetrics and Maternal-Fetal Medicine in 2019.

Methods: A cross-sectional survey using self-administered questionnaires was conducted among doctors attending the national obstetrics congress in 2019. The survey evaluated the local of work, the level of experience, motivation, and capability of performing an ECV by the participants as well as the reasons for not suggesting or performing an ECV. The statistical analysis included descriptive and comparative analysis. The chi-square test was used with a significance level < 0,05.

Results: Ninety-nine clinicians answered the questionnaire; fifty-two worked in a differentiated perinatal hospital. ECV was mainly recommended by doctors from differentiated perinatal hospital (n=29) when compared to doctors from private hospitals (n=2) and perinatal hospitals (n=10) (p =0,010). Most clinicians (n=58) would not recommend this procedure to pregnant women. The main reasons for this were the lack of clinical experience (n=39) and the fact that participants believed that cesarean was a more adequate procedure (n=15). Eighty-one participants were interested in attending training sessions to learn how to perform an ECV in safe conditions.

Conclusion: Overall, ECV is not widely practiced in Portugal despite being a safe procedure recommended by the Portuguese Society of Obstetrics and Maternal-Fetal Medicine. Efforts should be done to implement this safe technique among clinicians through training sessions or to enhance referral of these patients to institutions where ECV is performed.

Keywords: External cephalic version; Breech presentation; Cesarean; Clinical experience.

Resumo

Introdução: A versão cefálica externa (VCE) permite, utilizando manobras externas sobre o abdómen materno, converter um feto em apresentação não cefálica num feto em apresentação cefálica.

Objetivo: Avaliar a opinião da comunidade obstétrica nacional sobre a VCE e quais os condicionantes para a sua não realização.

Desenho do estudo: Estudo transversal.

População: Médicos que participaram no V Congresso Nacional de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal em 2019.

Métodos: Distribuição de questionários anónimos aos participantes do congresso. O questionário avaliou o local de trabalho habitual, o nível de experiência clínica do inquirido, a experiência, motivação, e capacidade de realização da VCE e

1. Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

2. Hospital CUF Torres Vedras.

as razões apresentadas pelos clínicos para não proporem/realizarem a manobra. A análise estatística incluiu a análise descritiva e comparativa. Foi utilizado o teste qui-quadrado e considerou-se um nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados: Noventa e nove médicos responderam ao questionário. A maioria dos participantes ($n=58$) não proporia a VCE às grávidas. As principais razões apontadas foram a falta de experiência na realização da manobra ($n=39$) e o facto de os participantes considerarem a cesariana um procedimento mais adequado ($n=15$). Cinquenta e dois pertenciam a um hospital de apoio perinatal diferenciado. A VCE foi proposta com maior frequência nos hospitais de apoio perinatal diferenciado ($n=29$) face aos hospitais de apoio perinatal ($n=10$) e hospitais privados ($n=2$), ($p=0,010$). A maioria dos participantes ($n=81$) estaria interessado em participar em sessões de treino sobre a execução da manobra.

Conclusão: A VCE não parece ser amplamente realizada nos hospitais portugueses, apesar de ser uma manobra segura e recomendada pela Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. É fundamental difundir a VCE na comunidade obstétrica nacional, investir em sessões de formação para que os clínicos adquiram competências na sua execução e fomentar a referenciação destas doentes para centros onde a VCE seja realizada.

Palavras-chave: Versão cefálica externa; Apresentação pélvica; Cesariana; Experiência clínica.

INTRODUÇÃO

A apresentação pélvica ocorre em 3 a 4% das gestações de termo. A decisão da via de parto neste contexto é controversa e tem sido alvo de debate ao longo dos anos¹.

O *Term Breech Trial*², publicado no ano 2000, foi o primeiro estudo aleatorizado sobre esta matéria e concluiu que a cesariana se associava a uma redução significativa da morbilidade e mortalidade neonatal em comparação com o parto pélvico vaginal. Estes resultados foram posteriormente corroborados por uma revisão da Cochrane³.

Apesar das enormes limitações posteriormente verificadas neste estudo, a realidade é que a partir da publicação do mesmo se assistiu a uma mudança na abordagem na via de parto do feto em apresentação pélvica no termo, com um incremento substancial no número de cesarianas eletivas e urgentes por esta indicação e decréscimo do número de clínicos com experiência na orientação deste tipo de parto. Contudo, a cesariana não é um procedimento inócuo, podendo associar-se a potenciais complicações maternas e neonatais, bem como a riscos para uma gestação futura, sobretudo se um parto vaginal for desejado⁴.

A versão cefálica externa (VCE) permite, utilizando manobras externas sobre o abdómen materno, converter um feto em apresentação não cefálica num feto em apresentação cefálica.

Uma grande série, de 2614 tentativas de VCE ao longo de 18 anos, além de evidenciar a segurança da manobra, reportou uma taxa de sucesso de 40% em mulheres nulíparas e 64% em múltíparas. Nos casos de VCE com sucesso 97% dos fetos permaneceram cefálicos até ao parto e, destes 86% nasceram por via vaginal¹.

Este procedimento tem como objetivo não só aumentar a probabilidade de parto vaginal mas também reduzir a morbilidade materna e neonatal associada à cesariana e ao parto pélvico vaginal, pelo que é recomendada por várias associações internacionais, das quais se destacam o *American College of Obstetrics and Gynecologists* (ACOG), o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG), o Colégio Francês de Ginecologistas e Obstetras, o *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* (RANZOG) e a Cochrane⁴⁻⁸.

Em Portugal, esta manobra é recomendada pela Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF)⁹ e pela Direção Geral de Saúde (DGS)¹⁰. Estas duas entidades sugerem que a VCE seja proposta a todas as grávidas com feto em apresentação não cefálica, a partir das 36 semanas, desde que não existam contra-indicações para a sua realização. Apesar desta recomendação, e de se considerar um procedimento seguro, não se conhece a adesão da comunidade médica portuguesa à VCE.

Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a opinião dos obstetras e médicos internos de formação especifi-

ca de Obstetrícia/Ginecologia (IFE) sobre a VCE e quais os condicionantes para a sua não realização.

MÉTODOS

Este estudo transversal envolveu a construção e aplicação de um questionário por um grupo de obstetras com experiência na realização de VCE (Anexo 1). Avaliou o local de trabalho habitual, o nível de experiência clínica do inquirido, a experiência, motivação, e capacidade de realização da VCE e as razões apresentadas pelos clínicos para não propor/realizarem a manobra. Foi permitido aos participantes selecionar uma ou mais opções para justificar a não realização da VCE.

Os questionários foram distribuídos no V Congresso Nacional de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal em 2019. A participação no estudo foi voluntária, os questionários foram preenchidos de forma anónima após consentimento informado oral e devolvidos pelos próprios participantes. Os dados recolhidos foram utilizados apenas para o presente estudo pelos investigadores principais cumprindo-se as normas de ética e confidencialidade segundo as recomendações do *Committee on Publication Ethics International Standards for Authors*¹¹.

A análise estatística foi efetuada usando o *Microsoft Excel*[®] e o *Stata Statistical Software*[®] versão 13 e englobou a análise estatística descritiva e análise comparativa com recurso ao teste qui-quadrado de Pearson. Este último foi utilizado a fim de procurar alguma relação entre características dos inquiridos e a probabilidade de recomendar a realização da manobra. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$.

RESULTADOS

Responderam ao questionário 99 médicos. A caracterização da amostra encontra-se no Quadro I e a categoria profissional foi dividida em apenas 3 subgrupos (médicos internos de formação específica – IFE, especialistas com < 20 anos e \geq 20 anos de experiência clínica). A maioria dos participantes era do sexo femi-

QUADRO I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS DA POPULAÇÃO (N=99).

Características demográficas e profissionais	N (%)
Género	
Feminino	80 (80,8)
Masculino	19 (19,2)
Idade	
<30	27 (27,3)
31-40	19 (19,2)
41-50	9 (9,1)
51-60	22 (22,2)
> 60	22 (22,2)
Hospital	
Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado	52 (52,5)
Hospital de Apoio Perinatal	39 (39,4)
Hospital privado	8 (8,1)
Zona	
Norte	35 (35,4)
Centro	20 (20,2)
Lisboa e Vale do Tejo	34 (34,3)
Alentejo e Algarve	6 (6,1)
Ilhas	4 (4,0)
Categoria profissional	
IFE*	32 (32,3)
Especialistas < 20 anos de prática clínica	24 (24,3)
Especialista \geq 20 anos de prática clínica	43 (43,4)

*IFE: Médico interno de Formação Específica

no (80,8%, n=80), com idade superior a 50 anos (44,4%, n=44) e especialistas há mais de 20 anos (43,4%, n=43). Cinquenta e dois clínicos (52,5%) trabalhavam em hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, 39 (39,4%) em hospitais de Apoio Perinatal e 8 (8,1%) em hospitais privados. Participaram médicos de todas as regiões do país embora com maior taxa de resposta a região Norte (35,4%, n=35) e Lisboa e Vale do Tejo (34,3%, n=34). Sessenta e cinco clínicos (65,6%) referiram nunca ter assistido à realização de VCE. Quando questionados se proporiam à grávida a realização da VCE, 41 (41,2%) responderam afirmativamente e 58 (58,6%) negativamente; destes últimos 42 eram especialistas e 16 IFE.

Foram selecionados os questionários em que a VCE era uma alternativa proposta às grávidas com feto em apresentação não cefálica (n=41) e foi comparada a percentagem de médicos que propunha a manobra entre

QUADRO II. CLÍNICOS QUE PROPORIAM VCE DE ACORDO COM O TIPO DE HOSPITAL E CATEGORIA PROFISSIONAL.

	N (%)	Valor p
Tipo de hospital		
Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado	29/52 (55,7)	0,010
Hospital de Apoio Perinatal	10/39 (25,6)	
Hospital Privado	2/8 (25)	
Categoria profissional		
IFE	15/32 (46,8)	0,062
Especialistas < 20 anos de prática clínica	5/24 (20,8)	
Especialistas ≥ 20 anos de prática clínica	21/43 (48,8)	

QUADRO III. CARACTERIZAÇÃO DOS MÉDICOS APTOS A REALIZAR VCE (N=18).

Médicos aptos a realizar VCE	N (%)
Categoria profissional	
IFE	2 (11,1)
Especialistas < 20 anos de prática clínica	7 (38,9)
Especialistas ≥ 20 anos de prática clínica	9 (50)
Tipo de hospital	
Hospital Perinatal Diferenciado	13 (72,2)
Hospital Perinatal	3 (16,7)
Hospital Privado	2 (11,1)

QUADRO IV. RAZÕES ENUMERADAS PELOS MÉDICOS PARA NÃO PROPOR VCE (QUESTAO N.º 5).

Razões para não propor VCE	N (%)
– No local onde trabalho não há experiência na realização de VCE	39 (95,1)
– A cesariana eletiva é a alternativa mais adequada nestes casos	15 (36,6)
– Não há condições no local onde trabalho para realizar VCE com segurança	10 (24,4)
– Trata-se de um procedimento com demasiado risco fetal	9 (22)
– Receio de questões médico-legais	6 (14,6)
– A taxa de sucesso de VCE é reduzida pelo que não vale a pena realizá-la	6 (14,6)
– O procedimento é obsoleto e não tem lugar na obstetrícia atual	1 (7,3)
– Trata-se de um procedimento doloroso e mal tolerado pela mãe	0 (0,0)

as categorias profissionais e entre os tipos de hospitais em que os clínicos exerciam a sua atividade (Quadro II). Nos hospitais de apoio perinatal diferenciado mais de metade dos médicos propunham a VCE (55,7%, n=29). Entre os três tipos de hospitais, a VCE foi proposta com maior frequência nos hospitais de apoio perinatal diferenciado (p=0,010). A categoria profissio-

nal que mais propôs a VCE foi a que incluiu especialistas com ≥ 20 anos de prática clínica (48,8%, n=21), embora a diferença entre as 3 categorias (IFE, médicos com < 20 anos e ≥ 20 anos de prática clínica) não tenha sido estatisticamente significativa (p=0,062).

Apenas dezoito médicos (18,2%) se sentiam aptos para realizar esta manobra. Metade dos clínicos apresentava ≥ 20 anos de experiência clínica (50%, n=9) e a maioria pertencia a um hospital de apoio perinatal diferenciado (72,2%, n=13)

(Quadro III).

As principais razões para não sugerir/propor a VCE foram a falta de experiência na sua realização (39; 95,1%) e o facto de considerarem a cesariana como a alternativa mais adequada perante um feto em apresentação pélvica (15; 36,6%) (Quadro IV).

As razões para não propor a VCE foram também estratificadas de acordo com a categoria profissional (quadro V). A razão apontada pela maioria dos IFE (40,6%, n=13) e dos especialistas com < 20 anos de prática clínica (58,3%, n=14) foi a ausência de experiência na

realização de VCE no local de trabalho. Os especialistas com ≥ 20 anos de prática médica evocaram a ausência de experiência na realização de VCE e que a cesariana eletiva seria a alternativa mais adequada como principais razões para não propor VCE.

Oitenta e um inquiridos (81,8%) teriam interesse em participar num curso no sentido de ad-

quirirem competências para realizar esta manobra de forma autónoma.

DISCUSSÃO

Até à data, a evidência científica demonstra que a ver-

QUADRO V. RAZÕES ENUMERADAS PELOS CLÍNICOS PARA NÃO PROPOR VCE DE ACORDO COM A CATEGORIA PROFISSIONAL.

Razões para não propor VCE de acordo com a categoria profissional	N (%)
Médicos Internos de formação específica	32
No local onde trabalho não há experiência na realização de VCE	13 (40,6)
A cesariana eletiva é a alternativa mais adequada nestes casos	1 (3,12)
Não há condições no local onde trabalho para realizar VCE com segurança	1 (3,12)
A taxa de sucesso de VCE é reduzida pelo que não vale a pena realizá-la	2 (6,3)
Especialistas < 20 anos de prática clínica	24
No local onde trabalho não há experiência na realização de VCE	14 (58,3)
A cesariana eletiva é a alternativa mais adequada nestes casos	2 (8,3)
Não há condições no local onde trabalho para realizar VCE com segurança	4 (16,7)
Trata-se de um procedimento com demasiado risco fetal	2 (8,3)
Receio de questões médico-legais	4 (16,7)
Especialistas ≥ 20 anos de prática clínica	43
No local onde trabalho não há experiência na realização de VCE	12 (28,0)
A cesariana eletiva é a alternativa mais adequada nestes casos	12 (28,0)
Não há condições no local onde trabalho para realizar VCE com segurança	5 (11,6)
Trata-se de um procedimento com demasiado risco fetal	7 (16,2)
Receio de questões médico-legais	2 (4,7)
A taxa de sucesso da VCE é reduzida pelo que não vale a pena realizá-la	4 (9,3)
O procedimento é obsoleto e não tem lugar na obstetrícia atual	1(2,3)

são cefálica externa não é uma técnica amplamente difundida na comunidade médica. Apesar das várias sociedades internacionais e nacionais encorajarem a realização da VCE, a cesariana continua a ser a abordagem preferencial em situações de fetos em apresentação não cefálica. O nosso estudo, é concordante com outros trabalhos dado que, na nossa população, a maioria dos inquiridos nunca tinha assistido a uma VCE e não proporia a realização da manobra às suas grávidas.

Destaca-se um estudo conduzido na conferência das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia de África do Sul e da África Central, que decorreu no Quênia em 2009, envolvendo 14 países e na qual foram distribuídos inquéritos sobre VCE aos participantes com o objetivo de avaliar a adesão a esta manobra, as limitações à sua realização e o interesse dos clínicos em aprender esta técnica. A maioria dos clínicos (79%) não ofereceria esta manobra às grávidas por ausência de experiência na sua execução, pela perceção do pouco sucesso da VCE, pela falta de segurança do procedimento, por questões médico-legais e receio de que as grávidas não aceitassem esta manobra¹². Um estudo português pu-

blicado em 2022 também avaliou a difusão da VCE em Portugal através da realização de um inquérito online aos Chefes de Serviço das Maternidades nacionais. Foram obtidas respostas de 41 das 43 maternidades e, em apenas 16 destas a VCE era proposta às grávidas com uma frequência anual que variava entre 3 a 51 procedimentos. Os principais motivos para a não realização da VCE foram a falta de experiência por parte dos obstetras e a falta de condições para realizar a técnica em segurança. Este estudo reforça os nossos resultados uma vez que concluiu que a VCE era apenas realizada em uma minoria dos hospitais portugueses¹³.

Adicionalmente, os fatores limitantes à realização da VCE foram também avaliados por um grupo holandês que concluiu que a falta de conhecimento sobre a técnica e a incapacidade de aconselhar as grávidas de forma adequada constituíam os principais motivos os enumerados para a ausência de realização da VCE¹⁴. No nosso estudo os principais motivos referidos foram a falta de experiência dos clínicos na execução da técnica nos seus hospitais, e a crença de que a cesariana é mais segura.

Nove participantes não realizariam/proporiam VCE por ausência de segurança associada à técnica. Vários estudos avaliaram a segurança da VCE e consideraram o procedimento seguro, mesmo em grávidas com cesariana anterior^{15,16}. Uma revisão sistemática com mais de 9000 gestantes, que incluiu mais de 40 estudos, demonstrou que a VCE é um procedimento seguro com uma taxa de complicações inferior a 1%. Oito estudos reportaram episódios de bradicardia transitória em 1 a 47% dos casos. Apenas dois estudos relataram desacelerações variáveis e prolongadas com necessidade de parto subsequente em 1,1% dos casos, com bom desfecho neonatal e, um estudo reportou 3 casos de taquicardia fetal com resolução espontânea¹⁷.

S. Dhingra e os seus colaboradores avaliaram a experiência dos obstetras no Reino Unido através de um inquérito e constataram que a formação médica nesta manobra é fundamental. Observaram que todos os médicos ofereceram VCE às grávidas e que a maioria destes (63%) tinha tido formação prática na realização desta manobra. Concluíram também que é fundamental que cada unidade obstétrica disponha de um protocolo de atuação para diminuir o risco de maus desfechos obstétricos e as questões médico-legais eventualmente decorrentes de intercorrências ou complicações que ocorram¹⁸.

Apesar da maioria dos inquiridos nunca ter assistido a uma VCE e não a propor, a maioria estaria interessado em receber formação sobre esta manobra. A realização de formações poderá difundir a realização de VCE em Portugal, melhorar o aconselhamento das grávidas em relação a este procedimento e mudar o paradigma da cesariana eletiva por feto em apresentação não-cefálica. Consequentemente, esta medida simples poderá contribuir para uma menor taxa de cesarianas com um impacto importante nos desfechos maternos e neonatais, mas também reduzindo o risco de complicações em gestações subsequentes.

O presente estudo tem algumas limitações, nomeadamente o risco de viés. A amostra poderá não ser significativa e não refletir a realidade de todo o país. Ainda assim, foi selecionado o V Congresso de Medicina Materno-Fetal para a distribuição dos questionários, uma vez que este congresso é frequentado por clínicos de todas as regiões, de diferentes faixas etárias e com diferentes graus de experiência clínica.

O facto de os inquéritos terem sido anónimos e confidenciais permitiu reduzir o enviesamento das respostas.

Neste inquérito não foi questionado se o parto vaginal em apresentação pélvica era uma alternativa mais segura que a VCE mas é pouco provável que os participantes assim o considerassem.

Este é um estudo importante, uma vez avaliou a atitude dos médicos obstetras portugueses relativamente à VCE e os resultados mostraram a necessidade de investir na formação e treino de profissionais em versão cefálica externa.

Em conclusão, a VCE não parece ser amplamente realizada nos hospitais portugueses, apesar de ser uma manobra segura e recomendada por várias sociedades internacionais e pela Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. Motivos como a falta de experiência e a ausência de condições de segurança para a sua realização parecem justificar a não recomendação da manobra pelos obstetras portugueses mais jovens. Assim, devem ser feitos esforços para formar e treinar os profissionais na realização deste procedimento e fomentar a referenciação de grávidas para instituições que disponibilizem esta manobra obstétrica.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a todos os profissionais que participaram no estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melo P, Georgiou EX, Hedditch A, Ellaway P, Impey L. External cephalic version at term: a cohort study of 18 years' experience. *BJOG*. 2019;126(4):493-9.
2. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
3. Hofmeyr GJ HM. Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. Cochrane Database Syst Rev. 2003.
4. RANZOG. Clinical Guideline on Management of Breech Presentation at Term. 2016.
5. External Cephalic Version: ACOG Practice Bulletin, Number 221. *Obstet Gynecol* 2020; . 2020:135:e203.
6. Impey LWM MD, Griffiths M, Penna LK. Management of breech presentation. *BJOG* 2017;124(7):151-77.
7. Sentilhes L, Schmitz T, Azria E, Gallot D, Ducarme G, Korb D, et al. Breech presentation: Clinical practice guidelines from the

French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:599-604.

8. Hutton EK HG, Dowswell T. . External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* (7).

9. Nuno Clode MA, Andreia, Fonseca LP, Sara Tavares Versão Cefálica Externa. Normas de Orientação da SPOMMF 2021.

10. Nuno Clode CR. Norma de orientação n.º 004/2015: Versão cefálica externa Direção Geral de Saúde 2015.

11. Wager E & Kleinert S (2011) Responsible research publication: international standards for authors. A position statement developed at the 2nd World Conference on Research Integrity, Singapore, July 22-24, 2010. Chapter 50 in: Mayer T & Steneck N (eds) *Promoting Research Integrity in a Global Environment.* Imperial College Press/World Scientific Publishing, Singapore (pp 309-16). (ISBN 978-981-4340-97-7)

12. Mukaindo AM, Wanyonyi SZ, Stones WR. External cephalic version in East, Central, and Southern Africa. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;116(3):228-31.

13. Luísa Pinto NC, Diogo-Ayres-de-Campos. ECV is used in a minority of Portuguese state-owned hospitals. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2022;159(2):398-403.

14. Rosman AN, Vlemmix F, Fleuren MA, Rijnders ME, Beuckens A, Opmeer BC, et al. Patients' and professionals' barriers and facilitators to external cephalic version for breech presentation at term, a qualitative analysis in the Netherlands. *Midwifery.* 2014;30(3):324-30.

15. Ronald J. Collaris SGO. External cephalic version: a safe procedure? A systematic review of version-related risks. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(6):511-8.

16. Zhang N, Ward H. Safety and efficacy of external cephalic version after a previous caesarean delivery: A systematic review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2021;61(5):650-7.

17. Nassar N RC, Barratt A, Bell JC, Olive EC, Peat B. . Systematic review of adverse outcomes of external cephalic version and persisting breech presentation at term. . *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2006 20:163-71.

18. Dhingra S, Raffi F. Obstetric trainees' experience in VBD and ECV in the UK. *J Obstet Gynaecol.* 2010;30(1):10-2.

CONTRIBUICAO DOS AUTORES

Laura Cruz, Nuno Clode, Andreia Fonseca: concetualização e desenho do artigo. Recolha e análise de dados. Interpretação de dados parciais. Redação do artigo. Revisão crítica de todos os conteúdos. Elaboração e revisão de aspetos estruturais. Aprovação final do artigo. Susana Santo, Luísa Pinto: Interpretação de dados parciais. Redação do artigo. Revisão crítica de todos os conteúdos. Elaboração e revisão de aspetos estruturais. Aprovação final do artigo.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente estudo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Laura Cruz

E-mail: laura.tccruz@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5112-4008>

RECEBIDO EM: 24/05/2023

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 07/09/2023

ANEXO I Questionário aos médicos

Versão Cefálica Externa (VCE) Inquérito aos médicos

A versão cefálica externa constitui uma manobra que pode conduzir a um parto vaginal eutócico, evitando a cesariana.

O objetivo do presente inquérito é avaliar o conhecimento e prática desta manobra pelos médicos obstetras e ginecologistas, em Portugal. O inquérito é anónimo.

Caracterização

Sexo:

Masculino Feminino

Idade: _____

1. Zona do país em que trabalha

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo e Algarve
- Ilhas

2. Em que categoria se insere o estabelecimento de saúde onde trabalha habitualmente?

- Hospital de Apoio Perinatal
- Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado
- Hospital/Clinica privada

3. Categoria profissional

- Interno de formação específica \leq 3.º ano
- Interno de formação específica \geq 4.º ano
- Especialista há \leq 5 anos
- Especialista há \geq 5 anos
- Especialista há \geq 20 anos

Sobre a VCE

1. Alguma vez assistiu à realização da manobra de VCE?

Sim Não

2. Sente-se habilitado a realizar a manobra de VCE num local seguro para a sua realização?

Sim Não

3. Caso não se sinta habilitado a realizar a VCE, estaria interessado em participar num curso prático sobre a VCE?

Sim Não

4. Propõem/sugere a manobra de VCE a uma grávida (qualquer paridade, sem antecedentes de cesariana) de feto único, \geq 36 semanas, e sem contra-indicação para a sua realização

Sim Não

5. Se não propõem/sugere a manobra de VCE, qual a razão ou razões?

- A cesariana eletiva é a alternativa mais adequada nestes casos
- Trata-se de um procedimento doloroso e mal tolerado pela mãe
- Trata-se de um procedimento com demasiado risco fetal
- Não há condições no local onde trabalho para realizar VCE em segurança
- Receio de questões médico-legais
- A taxa de sucesso da VCE é reduzida pelo que não vale a pena realizá-la
- O procedimento é obsoleto e não tem lugar na Obstetrícia atual
- No local onde trabalho não há experiência na realização de VCE