



CAPÍTULO 3

Operatória Obstétrica

OPERATÓRIA OBSTÉTRICA

Em algumas circunstâncias, emergenciais ou não, o obstetra é obrigado a lançar mão de algumas manobras e procedimentos para conseguir o objetivo final de sua prática: mãe e filhos saudáveis e sem lesões. Estas manobras e procedimentos serão analisados neste capítulo, constituindo os principais procedimentos operatórios em obstetrícia.

■ OPERAÇÃO CESARIANA

Cesariana é a operação em que se procede a extração do feto da cavidade uterina através de abertura da parede abdominal. Quando se extrai o feto das trompas ou da cavidade abdominal, como nos casos de gravidez ectópica ou rotura uterina, a operação não pode ser nomeada de cesariana.

Esta cirurgia constitui o recurso mais poderoso e eficiente que o obstetra dispõe para lidar com grande número de complicações do parto, em especial na prevenção do toco-traumatismo. É também útil quando da necessidade de interrupção eletiva da gravidez para resguardar a saúde da mãe e/ou do filho, ausentes as condições exigidas para a indução do parto. Entretanto, como a morbidade e a mortalidade materna é significativamente maior na cesariana do que no do parto transpélvico, a indicação da operação deve ser precisa e resultado de criteriosa avaliação dos riscos e benefícios do procedimento. A cesárea de urgência tem mortalidade materna cerca de sete vezes maior que o parto vaginal. Já a cesárea eletiva parece não diferir do parto vaginal quanto a mortalidade. Quanto à morbidade, o risco da cesariana, eletiva ou de urgência, é indubitavelmente maior.

Em países com boa qualidade da assistência médica, a frequência de cesariana não ultrapassa 25-28% dos nascimentos, qualquer que seja o tipo de clientela. No Brasil, assim como na maioria dos países da América Latina, a incidência de cesariana no sistema público de saúde é da ordem de 30 a 40%. Em alguns hospitais privados a frequência chega a números superiores a 90%, valores sem paralelo nos países que apresentam os melhores indicadores de qualidade de assistência obstétrica, tais como a morbidade e a mortalidade materna e perinatal. Nos últimos anos o Ministério da Saúde tem assumido diversas medidas de natureza administrativa, técnica, educacional e gerencial com vistas a reduzir a alta incidência de cesariana no Brasil.

INDICAÇÕES

A indicação da operação cesariana constitui aspecto complexo e controvertido da assistência obstétrica, daí a importância da cuidadosa análise do risco e do benefício da intervenção. Ela pode ser indicada em benefício da mãe – indicação materna, do feto – indicação fetal, ou de ambos – indicação materno-fetal, existindo determinadas situações onde pode haver conflito de interesses entre o que é melhor para a mãe e o que é melhor para o feto. Quanto à real necessidade da operação pode-se falar em indicação absoluta e relativa de cesariana. Quanto à urgência, a cesariana pode ser de urgência absoluta ou urgência relativa. Quando não há urgência diz-se que a cesárea é eletiva. É impossível listar-se todas as indicações de cesariana. Abaixo, exemplificamos algumas indicações, ou circunstâncias especiais que merecem ser enfatizadas.

Placenta prévia total

Em qualquer caso de placenta prévia total, a indicação da cesariana é absoluta. Estando o feto vivo e viável, a indicação é materno-fetal; caso contrário, a indicação é materna. A urgência, por sua vez, depende da existência e da intensidade do sangramento. Quando não há história de sangramento e a idade gestacional é superior a 36 semanas, persiste a indicação absoluta de cesariana que, neste caso, poderá ser realizada eletivamente.

Sofrimento fetal agudo

A indicação é fetal e a necessidade da cirurgia depende da idade gestacional, da viabilidade fetal e do estágio do trabalho de parto.

Feto viável, fora do período expulsivo: indicação absoluta e urgência absoluta.

Feto viável, no período expulsivo: indicação relativa, pois se pode optar pela extração do concepto pela via vaginal com o emprego do fórcepe. Caso se opte pela cesariana, a urgência é absoluta.

Feto inviável: não se configura a indicação de cesariana.

Prolapso de cordão

Para esta grave emergência, no que diz respeito à indicação da cesariana, deve-se observar os mesmos critérios descritos para o sofrimento fetal agudo. Estando o feto morto, assim como no caso do feto inviável, não há indicação de cesariana.

Desproporção cefalopélvica

Quando o tamanho do canal do parto não é adequadamente proporcional ao tamanho do feto, ou quando há desproporção relativa (em apresentações anômalas ou defletidas quando não for possível corrigi-las, por exemplo), opta-se pela operação cesariana, estando o feto vivo. É indicação tanto materna quanto fetal, configurando urgência relativa quando a gestante estiver em trabalho de parto.

Descolamento prematuro da placenta

Feto viável, antes ou durante o trabalho de parto inicial: indicação absoluta materno-fetal e ur-

gência absoluta.

Feto viável, durante o período expulsivo ou pouco antes da expulsão: indicação relativa materno-fetal, devendo ser considerada a possibilidade do parto espontâneo ou a fórcepe. Se indicada a cesárea, a urgência é absoluta.

Feto morto ou inviável: indicação relativa e materna, na dependência do tempo de evolução, do estágio do trabalho de parto, do vulto do sangramento e do grau de comprometimento da coagulação sangüínea.

Prematuridade

Indicação exclusivamente fetal e bastante controvertida, mostrando maior consistência quando da pré-maturidade extrema.

Infecção

A infecção intra-uterina associada a alguma situação em que se prevê expulsão fetal traumática, embora possível, pela via vaginal configura conflito de interesses. A cesariana protegeria o feto do traumatismo mas exporia a mãe a um risco maior de disseminação do processo infeccioso.

A OPÇÃO INDEVIDA PELA CESARIANA

Por sua praticidade, rapidez e, no caso da cirurgia eletiva, previsibilidade, a cesariana não deve ser indicada para atender os interesses do médico. Também não se deve banalizar as suas indicações como colos que não dilatam ou úteros que não contraem, circunstâncias bastante raras na prática obstétrica. É óbvio que a tentativa de indução do parto que não obtém êxito por baixas dosagens de drogas uterotônicas não constitui correta indicação de cesariana.

A OPÇÃO INDEVIDA PELO PARTO TRANSPÉLVICO

Não se pode deixar de realizar a operação cesariana tão logo fique claro que o procedimento é a melhor forma de interromper a gravidez ou de terminar o parto. A opção indevida pelo parto transpélvico

é exemplificada pela insistência na indução do parto que, mesmo corretamente conduzida, não resulta na atividade uterina esperada. Outro exemplo é a persistência na opção pelo parto vaginal quando se configura quadro distócico melhor solucionado pela cesariana, mesmo estando a paciente já em período expulsivo, por vezes com a episiotomia já praticada.

A ESCOLHA DA PACIENTE

Nos casos em que a indicação da cesariana é relativa e que as circunstâncias assim o permitam, o desejo da paciente quanto à via de parto pode ser levado em conta. Para tal, a grávida deve ser adequadamente informada pelo médico, de forma não tendenciosa, sobre os riscos e benefícios do parto cesáreo e do parto transpélvico. Não se deve fazer cesarianas desnecessárias e não se pode deixar de fazer aquelas necessárias.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Parto normal pós-cesárea

A cesariana, por si só, não constitui indicação de repetição do procedimento. Quando o trabalho de parto se inicia espontaneamente e as condições são favoráveis – apresentação cefálica, peso fetal estimado inferior a 3.800g, bacia normal e evolução eutócica – devemos acompanhar o parto por via vaginal. A adoção desta conduta implicará repetição da cesariana em cerca de 50% dos casos.

Cesárea em gestantes HIV positivo

Até meados da década de 90, a sorologia positiva para o HIV não constituía indicação de operação cesariana. Nos últimos anos, entretanto, os trabalhos científicos têm evidenciado que a cesárea tem efetivo efeito protetor na transmissão vertical do vírus. Assim, o parto abdominal é atualmente a conduta recomendada para as gestantes HIV positivo. A operação deve ser eletiva, em torno de 38 semanas de gravidez, para reduzir a probabilidade de rotura das membranas. O parto transpélvico pode ser considerado para as pacientes com baixa carga viral – menos de 1.000 cópias/ml – quando aferida depois de 35 semanas de gravidez.

Parto do segundo gemelar

Após o parto transpélvico do primeiro gemelar, caso se preveja dificuldades na expulsão do segundo devido à apresentação não cefálica ou à demora na sua insinuação, é aceitável a indicação de cesariana como alternativa à conduta expectante ou à extração do segundo concepto.

Cesárea pós-morte

No caso da morte materna, imediatamente após a verificação do óbito, deve-se proceder à cesárea pós-morte na tentativa de salvar o concepto. Obviamente, quanto menor o intervalo entre a parada cardíaca e a extração fetal, maiores são as chances do recém-nascido sobreviver em boas condições.

Além disso, protocolos de ressuscitação cardiopulmonar têm melhores resultados maternos em algumas circunstâncias, quando o útero é esvaziado e o feto retirado. Se dentro de 4 a 5 minutos de manobras de reanimação a gestante ainda permanecer em parada, indica-se a cesariana in extremis com a retirada do feto, continuando a reanimação após a extração fetal.

Ginecopatias

Infecções vaginais: na infecção pelo herpes simplex virus (HSV), em sua fase ativa, a chance de transmissão para o recém-nascido é significativamente menor no parto cesáreo do que no parto transpélvico. A infecção neonatal pelo herpes pode ser de extrema gravidade, motivo pelo qual se indica cesariana quando a mãe apresenta lesões herpéticas vulvares nas proximidades da época do parto.

Miomatose: os miomas uterinos têm a tendência a crescer durante a gravidez e, dependendo do tamanho e da localização, podem dificultar ou impedir o parto transpélvico. Nos casos mais graves, a cesariana pode ser seguida de histerectomia. A retirada de miomas durante a cesárea deve ser restrita aos pediculados em que os pedículos sejam facilmente pinçados e ligados. Aquele que necessita de ressecção para a sua exérese deve ter sua extirpação postergada para o pós-parto, após cessadas as alterações gravídicas. É importante salientar que os miomas tendem a regredir após o parto.

Câncer do colo uterino: o tratamento do câncer da cérvix uterina varia segundo com o estadiamento da doença e a idade gestacional. As neoplasias intra-epiteliais tratadas apenas por procedimentos locais são compatíveis com o parto transpélvico. Nas formas mais graves da doença, caso não se opte pela interrupção precoce da gravidez, a melhor via do parto é a cesariana.

TÉCNICA PREFERENCIAL

Após o preparo adequado da parede abdominal, procede-se à abertura da parede, geralmente utilizando-se a laparotomia à Pfannenstiel (incisão suprapúbica arciforme e abertura da parede por planos anatômicos). Em algumas circunstâncias, pode-se optar pela laparotomia mediana longitudinal infra-umbilical. Atingindo-se o útero, este é incisado, sendo a incisão preferencial a efetuada no segmento uterino inferior, de forma transversa, arciforme de cavo superior, e realizada na altura ou cerca de 1cm abaixo da prega vésico-uterina (incisão uterina a Fucks-Marshall). Excepcionalmente (em casos de prematuridade extrema, gravidez múltipla, apresentações anômalas, dificuldades ou complicações), a incisão uterina pode ser longitudinal. Nestes casos, porém, o risco posterior de rotura uterina em gravidez subsequente é maior.

A extração fetal é procedimento geralmente simples, bastando ao cirurgião girar o occipital do concepto na direção da histerotomia e, com ajuda de leve pressão exercida pelo auxiliar no fundo e na parede lateral do útero, fazer com que a cabeça fetal deslize por sua mão como em um plano inclinado (Manobra de Geppert). Imediatamente após o parto do pólo cefálico, o obstetra deve aspirar a orofaringe do recém-nascido. A saída dos ombros geralmente não apresenta maiores dificuldades e, em nenhuma hipótese, deve-se usar força na tração da cabeça fetal com vista à liberação das espáduas (pelo risco de lesão do plexo braquial e paralisia tipo Erb-Duchenne). A placenta então é retirada por extração manual ou expelida espontaneamente pelas contrações uterinas. A parede uterina e os planos anatômicos são então suturados.

DIFICULDADES NA EXTRAÇÃO FETAL

Em alguns casos a extração fetal pode ser difícil, ou muito difícil, o que faz deste tempo cirúrgico

o mais crítico da operação cesariana, sendo possível a ocorrência de traumatismo fetal importante.

Cabeça profundamente insinuada, encravada no canal do parto

Deve ser solicitado ao auxiliar que, após os cuidados de assepsia e anti-sepsia, proceda o toque vaginal e empurre a cabeça fetal para cima, facilitando a extração do pólo cefálico pelo cirurgião.

Cabeça muito alta, flutuante

Nesta condição, a apreensão da cabeça fetal pode ser especialmente difícil. Alguns recursos para facilitar a extração incluem a histerotomia pouco mais alta e o escoamento do líquido amniótico antes da completa abertura da parede uterina. A aplicação do fórcepe obstétrico pode ser feita durante a operação. Quando a cabeça mesmo assim persiste muito alta e não se consegue extrair o pólo cefálico, o cirurgião pode apreender um pé do concepto, ou de preferência ambos, e proceder à versão e extração fetal.

Apresentação pélvica

Para extrair o feto em apresentação pélvica, o cirurgião deve estar treinado na realização das manobras para auxiliar o parto pélvico por via vaginal. A tração da pelve fetal deve ser exercida pelos dedos médios de ambas as mãos do operador agindo sobre as espinhas íliacas ântero-superiores do feto, di-recionando o seu sacro para a borda superior da incisão. Após a extração da pelve fetal, deve-se apreendê-la de maneira que os polegares fiquem em relação à face posterior das coxas fetais enquanto os demais dedos da mão se posicionam na região para-sacral. Em seguida, o dorso fetal deve ser levado em direção ao abdome materno até o desprendimento total da cabeça e das espáduas. Esta manobra, respeitadas as peculiaridades do parto abdominal, reproduz o procedimento de Bracht.

Feto muito pequeno, situação transversa ou gravidez múltipla

Nestes casos pode-se optar pela histerotomia segmentar longitudinal. Quando na apresentação

córmica o procedimento inicial escolhido for a extração da pelve fetal, deve-se atentar aos cuidados e à técnica descritas no item anterior.

Placenta prévia, de inserção baixa e acreta

A placenta acreta é condição rara, ocorrendo aproximadamente uma vez para cada 2.500 partos (0,04%). Nos casos de placenta prévia este número cresce para 4% e, se a isso se soma antecedente de cesariana segmentar, a acretização placentária pode ocorrer em 25% das oportunidades. Quando durante a histero-tomia o obstetra encontra a placenta inserida na parede anterior do útero, ele pode incisar a placenta até atingir a cavidade uterina ou tentar descolar a sua borda para poder extrair o concepto. Os dois procedimentos cursam com perda sangüínea importante, devendo a decisão ser tomada taticamente, em função da maior ou menor dificuldade de cada uma das manobras. Nos casos de placenta de inserção baixa o obstetra deve estar preparado para, além de executar estas manobras, realizar a histerectomia puerperal que pode ser necessária, em especial quando do acretismo placentário.

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

Parece haver vantagens na administração profilática de antibióticos durante a operação cesariana. Aconselha-se a prescrição de Cefalotina, 2 g em dose única administrada à mãe, pela via endovenosa, logo após a extração fetal. A não utilização de antibioticoprofilaxia somente deve ser considerada quando estiverem presentes todas as condições seguintes:

- o ambiente cirúrgico não oferecer risco de contaminação e a operação ser realizada com todos os cuidados de assepsia e anti-sepsia;
- a cirurgia não apresentar maiores dificuldades técnicas e transcorrer sem intercorrências;
- a paciente não apresentar doença que implique risco adicional de infecção;

- as membranas ovulares estiverem íntegras.

COMPLICAÇÕES

A operação cesariana implica em risco superior à saúde e à vida da gestante quando comparada com o parto por via vaginal. Durante a operação cesariana, a extração fetal difícil (descrita acima), as hemorragias e as aderências (vesicais, do epiplon, intestinais) são as principais complicações encontradas. Podem ocorrer também lesões às vísceras abdominais (alças intestinais, bexiga, ureteres) e complicações anestésicas.

As complicações pós-operatórias podem ser semelhantes às do parto normal (subin-volução uterina, mastite, infecção puerperal, tromboembolismo, hemorragias do pós-parto etc.). Cabe enfatizar que a operação cesariana é o principal fator predisponente da infecção puerperal, aumentando o seu risco em 5 a 30 vezes em relação ao parto normal. Podem haver também hematomas da parede abdominal (infectados ou não), abscessos, perfurações espontâneas do ceco e complicações respiratórias (atelectasias, pneumonias, embolia pulmonar etc.). Outras complicações incluem o choque (hipovolêmico ou séptico), o edema pulmonar agudo (principalmente nas cardiopatas, especialmente na estenose mitral com hipertensão pulmonar), a infecção urinária (bastante comum, secundária ao cateterismo vesical), o íleo paralítico (metabólico ou secundário à peritonite) e a evisceração.

■ OBSTÁCULOS À PROGRESSÃO DO PARTO

O parto anormal (distócico)¹ pode estar relacionado a anomalias da contração uterina (discinesia uterina – abordada no capítulo de contratilidade uterina), anomalias anatômicas ou de posição do feto ou a alterações no canal do parto (trajeto duro ou mole). O diagnóstico correto e a conduta no parto que tem progressão anormal requer uma avaliação correta do mecanismo e da fisiologia do parto.

¹ Distocia significa, literalmente, “parto difícil”.

DESPROPORÇÃO FETO-PÉLVICA

A desproporção feto-pélvica é uma causa comum de distocia. É um termo algo impreciso que pode ser definido como uma dificuldade na acomodação do feto no canal do parto. A causa mais importante de desproporção é a alteração na conformação da pelve óssea, com diminuição dos seus diâmetros em graus variáveis (vício pélvico). No entanto, o tamanho excessivo do feto, particularmente da cabeça e dos ombros, pode também produzir distocia. Frequentemente, graus leves de vício pélvico combinados com um feto grande ou com alguma anormalidade na apresentação resultam em desproporção feto-pélvica.

A evidência clínica clássica da desproporção céfalo-pélvica (DCP) é a moldagem progressiva e excessiva da apresentação associada à progressão lenta ou à parada de progressão da cabeça. Se a desproporção for absoluta, o parto vaginal é inaceitavelmente perigoso ou impossível. As desproporções absolutas são, no entanto, incomuns. Seu diagnóstico é quase sempre impossível se não for realizada uma prova de trabalho de parto.

Vale lembrar que, nesses casos, a dilatação cervical geralmente continua ocorrendo, embora possa haver lentificação no padrão de dilatação. Quando estamos diante de uma parada na dilatação cervical, o principal diagnóstico a ser considerado é a discinesia uterina. A falta de descida da apresentação – e não a falha na dilatação cervical – é o ponto diagnóstico principal na desproporção.

As malformações abdominais ou ascites volumosas podem, se não diagnosticadas durante o pré-natal, apresentar-se pela dificuldade da extração do feto após o desprendimento cefálico. Quando o aumento de volume não for excessivo, a tração do feto poderá resolver o parto. Se permanecer muito tempo no canal do parto ou se forem feitas trações excessivas, poderá haver morte fetal, lacerações do trajeto e do útero. Pode-se tentar a punção evacuadora da massa ou a evisceração, no feto morto. A melhor conduta nestes casos, porém, é a operação cesariana, quando diagnosticados antes do parto.

Um julgamento razoável da progressão e prognóstico do parto só poderá ser conseguido com a prova de trabalho de parto, utilizando-se ocitocina e amniotomia quando necessário. O trabalho de parto normalmente causa graus variáveis de moldagem e adaptação da apresentação. Se a desproporção absoluta foi descartada, a melhor avaliação da

adequação pélvica é a evolução dinâmica do parto, sob estrita vigilância materna e fetal. A moldagem excessiva da apresentação, o acavalgamento das suturas e a formação de bossa serosanguinolenta volumosa podem dificultar a avaliação da variedade de posição e da altura da apresentação e indicar desproporção importante.

OBSTÁCULOS DO TRAJETO MOLE

Várias anomalias genitais e extragenitais pélvicas podem causar impedimento ao parto vaginal. Incluem-se nas alterações do trato genital os tumores ovarianos, miomas uterinos, anomalias do desenvolvimento uterino, cicatrizes ou estenoses do colo uterino e atresia e cicatrizes vaginais e vulvares. As estruturas extragenitais que ocasionalmente podem dificultar o parto são o rim pélvico, tumores retroperitoneais, tumores retais e impactação fecal. Uma placenta baixa de implantação posterior pode causar atraso temporário na descida da apresentação. A bexiga excessivamente distendida também pode ser causa de atraso na descida ou na insinuação da apresentação.

A retroversão uterina com encarceramento raramente requer manipulação na gestação mais inicial. O prolapso uterino e o relaxamento das paredes vaginais podem interferir com a descida da apresentação. Tumores e atresias vulvares como por exemplo volumosos condilomas acuminados ou cicatrizes de linfogranuloma venéreo podem também dificultar os partos por via vaginal.

APRESENTAÇÕES ANÔMALAS

A apresentação fetal mais favorável para o parto vaginal sem complicações é a apresentação cefálica fletida, estando em variedades de posição anteriores. Todas as outras apresentações podem ser identificadas como relativamente desfavoráveis.

O parto nas apresentações cefálicas com variedades de posição posteriores ou transversas implicam em dificuldades apenas quando são persistentes, o que felizmente não ocorre na maior parte dos casos. Estas dificuldades podem ser solucionadas com a aplicação criteriosa do fórcepe ou com a indicação de operação cesariana.

A apresentação pélvica é abordada mais adiante neste capítulo.

A apresentação córmica é quase sempre indicação de operação cesariana, se for inexitosa a tentativa de versão externa. A exceção principal se faz no parto do segundo gemelar, quando é aceitável a versão seguida de grande extração.

A apresentação de bregma (apresentação cefálica com deflexão do 1º grau) quase sempre é uma fase transitória e evolui espontaneamente para a flexão e transformação em apresentação bem fletida. Raramente é persistente e, mesmo assim, pode permitir o parto vaginal dependendo das dimensões da bacia, do tamanho da cabeça fetal e do grau de moldagem da apresentação. O acompanhamento preconizado é a prova de trabalho de parto.

Na apresentação de fonte (apresentação cefálica defletida do 2º grau) o feto persiste na entrada do canal do parto com o maior diâmetro da cabeça e não pode atravessá-lo (diâmetro occipitomentoniano com 13,5 cm). Sua ocorrência felizmente é rara (1:1000 partos). Pelo menos metade dos casos de apresentação de frente não é reconhecida até o trabalho de parto estar avançado ou até o momento do nascimento. Havendo desproporção, estará indicado o parto cesáreo. No entanto, se a bacia for normal e o parto progredir, pode não ser necessário intervir, já que poderá haver a flexão ou extensão da cabeça e a transformação da apresentação em cefálica fletida ou totalmente defletida (de face). Ocasionalmente pode ocorrer parto espontâneo em fetos pequenos com apresentação de frente, se houver moldagem da cabeça.

A apresentação de face representa o grau máximo de deflexão da cabeça (deflexão do 3º grau). O maior diâmetro da apresentação é o submento-bregmático (9,5 cm) um pouco superior ao suboccipitobregmático da apresentação cefálica bem fletida. Portanto, o parto por via vaginal é possível. A distocia poderá ocorrer se houver vício pélvico, se o feto for grande ou se o mento persistir em variedade de posição posterior. O desprendimento na apresentação de face só poderá ocorrer se o mento for anterior pois para desprender-se a cabeça faz um movimento de flexão. A sua incidência é de 0,2% e está associada a multiparidade, vício pélvico, tamanho fetal excessivo e anencefalia.

■ FÓRCIPE OBSTÉTRICO

O uso adequado do fórcepe obstétrico permanece sendo uma maneira segura e eficiente de as-

segurar, na assistência ao período expulsivo, o bem estar tanto da mãe como de seu filho. Embora seu uso possa parecer traumático, na realidade, quando aplicado corretamente, dentro dos preceitos técnicos e com indicação precisa, o fórcepe pode ser a melhor forma de terminar um parto. A opção pela operação cesariana pode implicar risco materno nitidamente superior ao parto vaginal instrumental a fórcepe. A frequência atual de utilização do fórcepe varia de 5 a 20% dos partos nos melhores centros obstétricos mundiais.

PRÉ-REQUISITOS PARA O PARTO A FÓRCIPE: CONDIÇÕES DE PRATICABILIDADE E INDICAÇÕES

Antes de se iniciar qualquer operação a fórcepe, deve-se fazer 3 perguntas: A extração é possível? A operação está indicada? É a melhor maneira de terminar o parto? A presença das condições de praticabilidade responde à primeira pergunta. São elas que garantem segurança à operação e, se não estiverem satisfeitas, a operação não deve ser efetuada. A resposta à segunda pergunta, acerca das indicações, assegura que existe motivo para proceder-se à operação. A resposta à terceira pergunta resulta da análise das possibilidades para terminação do parto (fórcepe, vácuo-extração e cesariana), indicando que o emprego do fórcepe é a melhor alternativa.

CONDIÇÕES DE PRATICABILIDADE

Veja Tabela 1.

Tabela 1. Condições de praticabilidade.
Cabeça insinuada
Dilatação total do colo uterino
Bolsa rota
Variedade de posição precisamente diagnosticada
Avaliação do tipo pélvico
Proporcionalidade
Feto vivo
Bexiga e reto vazios

Cabeça insinuada

A não insinuação da cabeça é contra-indicação para a utilização do fórcepe em qualquer circunstância. A aplicação do fórcepe em cabeça não insinuada ou no momento da insinuação (fórcepe alto) está proscriita.

Dilatação total do colo uterino

Se a dilatação não tiver se completado pode haver traumatismos ao colo uterino e obstrução à rotação e à descida da cabeça. Não se deve realizar dilatação digital forçada do colo uterino ou incisões cervicais.

Bolsa rota

O fórcepe só pode ser aplicado com a bolsa rota. Se as membranas estiverem íntegras antes da aplicação do fórcepe, deverão ser rompidas artificialmente.

Variedade de posição precisamente diagnosticada

O diagnóstico preciso da posição da cabeça é necessário para se conseguir a aplicação correta das colheres do fórcepe e a tração adequada.

Avaliação do tipo pélvico

A avaliação da pelve materna (exame clínico da bacia) é importante para se ajuizar a praticabilidade.

Proporcionalidade

Deve haver boa proporcionalidade entre o tamanho do feto e as dimensões da pelve materna. A desproporção cefalopélvica é contra-indicação para o parto a fórcepe que de forma alguma pode ser usado para redução de diâmetros da cabeça fetal.

Feto vivo

A morte fetal, por si só, não é uma contra-indicação para a aplicação do fórcepe. Em fetos

macerados, pode não se conseguir uma pegada firme, ocasionando deslizamento do fórcepe que pode lacerar tecidos fetais e causar trauma materno. No entanto, quando a morte fetal for recente, o fórcepe pode ser aplicado sem dificuldades.

Reto e bexiga vazios

A possibilidade de traumas às vísceras pélvicas é maior se elas estiverem cheias. A bexiga deve ser sempre esvaziada antes da aplicação do fórcepe, com utilização de sonda vesical se necessário. O reto tem a tendência natural de esvaziar-se quando ocorre a descida da apresentação e os puxos maternos.

INDICAÇÕES

Deve-se considerar a aplicação do fórcepe em qualquer circunstância em que haja necessidade de se terminar o parto, estando presentes todas as condições de praticabilidade. As indicações podem ser absolutas ou relativas; maternas ou fetais.

As indicações absolutas do emprego do fórcepe são aquelas em que o uso do instrumento expõe a mãe e/ou o bebê a risco significativamente menor do que qualquer outro procedimento. A indicação absoluta pode ser materna, como a existência de qualquer doença associada que contra-indique esforço físico no período expulsivo e em que o risco cirúrgico seja muito alto, desaconselhando a opção pela cesariana (cardiopatia orovalvular, edema pulmonar agudo, crise asmática etc.). Outras condições maternas, que configuram indicações não tão imperativas para o emprego do fórcepe incluem a exaustão física materna, falha na progressão do parto (por insuficiência das contrações, da prensa abdominal ou por rigidez perineal), sangramentos anormais ou qualquer entidade mórbida em que o encurtamento do segundo período do parto possa ser desejável. De maneira semelhante, outras intercorrências como a história de pneumotórax espontâneo ou descolamento da retina podem contra-indicar os esforços expulsivos. Em mulheres com cicatriz uterina prévia (por exemplo, cesariana anterior) o encurtamento do período expulsivo, reduzindo o número de contrações, diminui o risco de rotura uterina.

A indicação do fórcepe pode ser de natureza fetal. Quando, por exemplo, na assistência ao parto

pélvico nos deparamos com retenção de cabeça derradeira em que as manobras não resultaram na extração do feto, configura-se uma indicação absoluta de natureza fetal. Outro exemplo seria a presença de sofrimento fetal agudo no período expulsivo quando, por questões circunstanciais como indisponibilidade imediata de anestesiologista ou de sala de cirurgia, não seja possível a cesariana de emergência.

Indicações relativas ou controvertidas do uso do fórcepe dizem respeito ao seu emprego eletivo ou no parto do pré-termo. O fórcepe eletivo ou de alívio é a aplicação do instrumento estando a cabeça rodada e apoiada no períneo e é efetuada sem uma indicação precisa de ordem materna ou fetal. Tem como objetivo poupar a mãe e o feto de algumas contrações uterinas e compressão prolongada dos tecidos. O fórcepe pode reduzir a compressão sobre o encéfalo delicado do feto prematuro, reduzindo também o tempo do período expulsivo. Pode ser usado se a prematuridade não for extrema (peso fetal estimado superior a 1.000 g).

ANATOMIA DO FÓRCIPE

O fórcepe obstétrico é um instrumento desenhado para a extração da cabeça fetal. Os vários modelos em uso atualmente variam consideravelmente em tamanho e forma, mas basicamente consistem de dois ramos cruzados. Cada ramo é manobrado mantendo uma relação apropriada com a cabeça do feto, e então articulado. O ramo é direito ou esquerdo quando, depois de aplicado, ficar no lado direito ou esquerdo da mãe. Cada ramo tem 4 componentes: colher, pedicelo, articulação e cabo.

Nos fórcepes de modelo clássico, cada colher tem 3 curvaturas: a cefálica, a pélvica e a perineal (Figura 1). A curvatura cefálica adapta-se à cabeça do feto, a curvatura pélvica à forma curva do canal do parto e a perineal serve para reduzir o risco de lesão do períneo. Alguns tipos de colheres são fenestrados, e outros são maciços. Os jumélios são as hastes que limitam as fenestras anteriormente e posteriormente. A região da junção do jumélio posterior com o pedicelo é chamada de “calcanhar”.

TIPOS E USOS DO FÓRCIPE

O conhecimento dos tipos de instrumento com suas vantagens, desvantagens técnicas e complica-

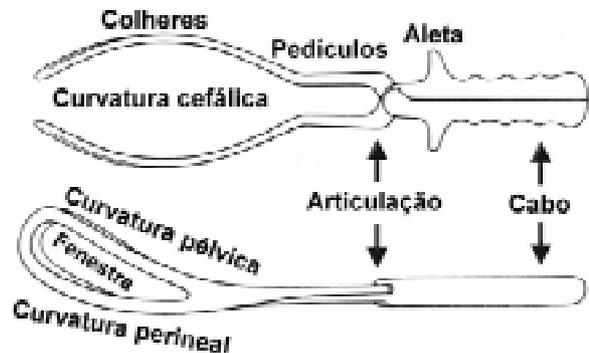


Figura 1. Anatomia do fórcepe de Simpson.

ções potenciais é necessário para a escolha e uso adequados do fórcepe obstétrico.

Os fórcepes são classificados em tipos clássicos e especiais. Os mais utilizados atualmente estão representados na Figura 2. Os 3 primeiros (Tucker-McLane, Simpson e Elliot) são clássicos, e os 3 últimos (Kielland, Barton e Piper) são especiais.

Os fórcepes clássicos se prestam para a maior parte das aplicações, enquanto os especiais são desenhados para circunstâncias específicas. O fórcepe mais usado atualmente, em mais de 90% das aplicações, é o fórcepe de Simpson e suas modificações por diversos autores (Braun, DeLee, etc.).

O fórcepe de Simpson serve para praticamente todas as situações atualmente aceitas, exceto para aplicação quando a apresentação está em variedade de posição transversa. A aplicação do fórcepe de Simpson em variedades transversas encontra pontos de obstrução pélvicas que praticamente impossibilitam o posicionamento da colher anterior de forma adequada quando se efetua a manobra de migração. Nas variedades de posição transversas, quando a cabeça estiver profundamente insinuada, o instrumento mais adequado é o fórcepe de Kielland. O fórcepe de Kielland é também excelente instrumento para conseguirem-se rotações mais amplas da cabeça na pelve como em variedades de posição posteriores. O fórcepe de Barton também foi desenhado para variedades de posição transversas. No entanto é indicado quando a apresentação encontra-se mais alta na pelve, sendo, portanto, muito raramente indicado atualmente.

O fórcepe de Piper é um instrumento especialmente desenhado para extração da cabeça derradeira na apresentação pélvica. Na falta do fórcepe

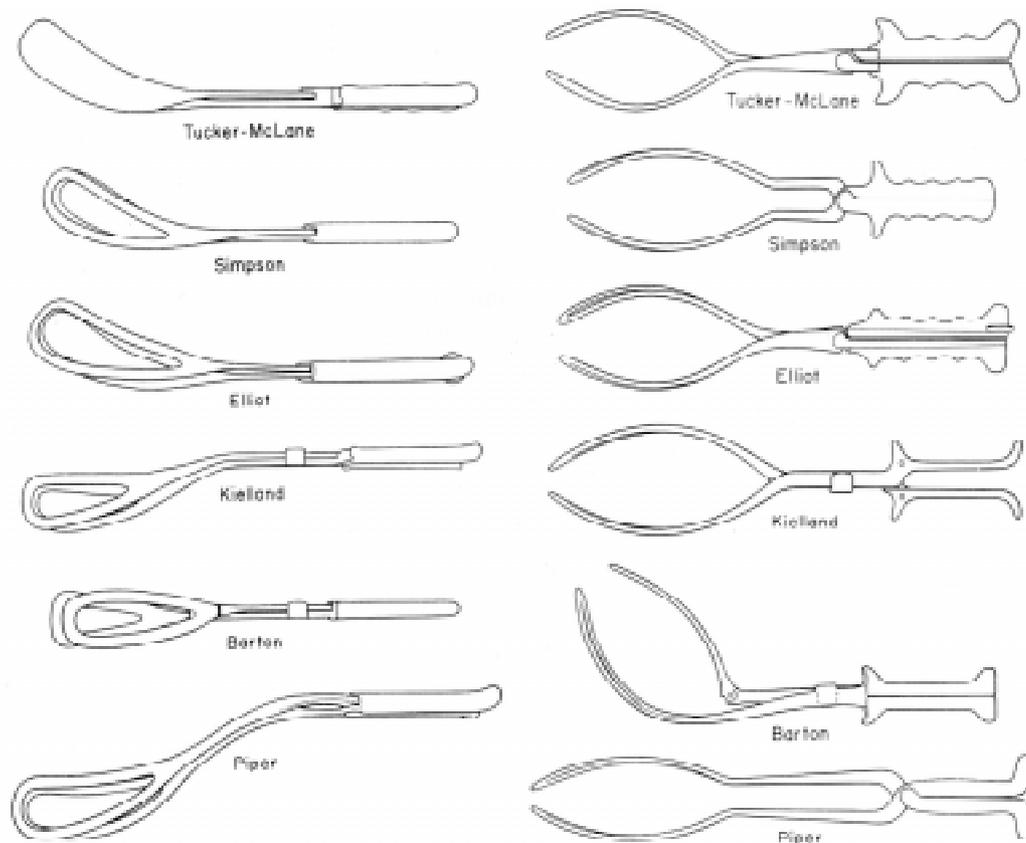


Figura 2. Principais modelos de fórcepe usados atualmente. (Modificado de Zuspan FP & Quilligan EJ. *Forceps*. In _____ & _____, *Douglas-Stromme Operative Obstetrics*. 5th ed. Appleton & Lange, Norwalk 1988.)

de Piper, pode-se utilizar, com algumas limitações técnicas, o de Simpson ou o de Kielland.

FUNÇÕES DO FÓRCIPE: MECANISMO DE AÇÃO

O fórcepe é instrumento desenhado para desempenhar a função de apreender a cabeça do feto (preensão ou pegada), rodá-la, se necessário (rotação), e extraí-la por tração da pelve materna (tração).

A única posição considerada adequada atualmente para a preensão (ou pegada) é a biparietomalomentoniana (Figura 3), ou seja, as colheres devem tracionar o feto pelo mento, passando pelas eminências malares e por ambos os parietais. Esta é a pegada ideal e, se não conseguida na aplicação do instrumento, o operador não deve prosseguir com a operação.

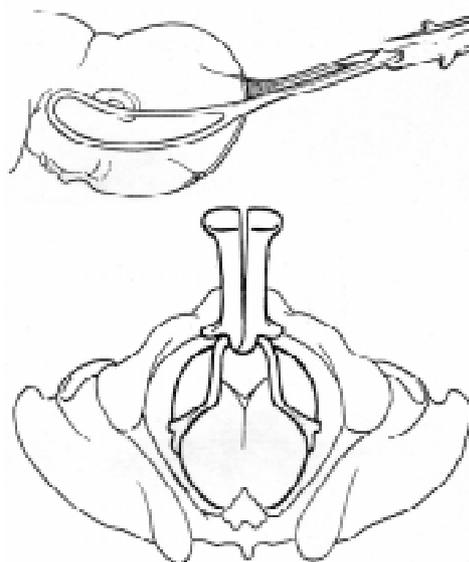


Figura 3. A pegada correta é a biparietomalomentoniana. (Modificado de Dennen PC. *Dennen's Forceps Deliveries*. 3rd ed. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1989.)

A rotação deve seguir a conformação do instrumento usado, para não traumatizar os tecidos moles maternos (Figura 4). O fórcepe de Simpson, por ter uma curvatura pélvica acentuada, deve ser rodado amplamente nos cabos, para manter uma área de rotação pequena dentro da vagina.

A tração deve ser feita sempre no eixo da pelve materna. Devemos nos lembrar que o canal do parto não é um cilindro com eixo reto, mas descreve uma curvatura em formato de “J”. Um dos motivos que tornaram as aplicações mais altas proscritas da prática obstétrica atual é a impossibilidade de se conseguir tração axial (no eixo da pelve) neste tipo de aplicação (Figura 5). Por isso, e por necessitarem de trações mais vigorosas e freqüentemente amplas rotações, os fórcepes de aplicação mais alta são mais traumáticos.

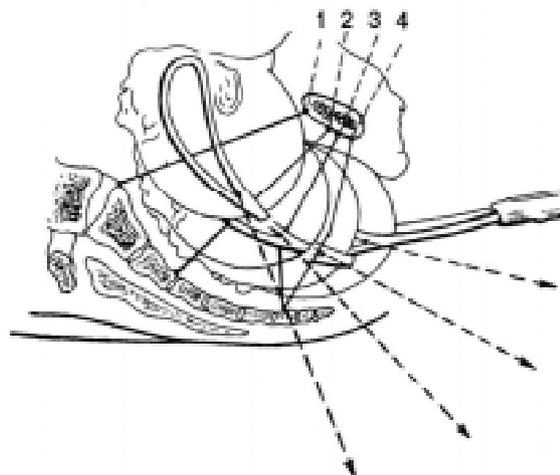


Figura 5. A direção da tração axial deve ser sempre perpendicular ao plano da pelve onde a cabeça se localiza. 1 – Alta. 2 – Média. 3 – Baixa. 4 – Desprendimento. (Modificado de Dennen PC. *Dennen's Forceps Deliveries*. 3rd ed. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1989.)

CLASSIFICAÇÃO DAS OPERAÇÕES SEGUNDO A ALTURA DA CABEÇA NA PELVE

A classificação mais adequada é a do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) de 1988 (Figura 6). A classificação do ACOG guarda uma relação próxima com a de Dennen (ainda muito usada no Brasil):

ACOG	DENNEN
Desprendimento (outlet forceps)	Baixo
Baixo	Médio-baixo
Médio	Médio
Alto	Alto

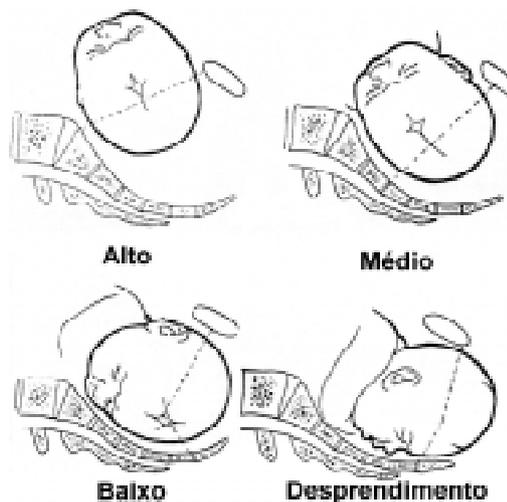


Figura 6 . Classificação da aplicação segundo a altura da cabeça na pelve.

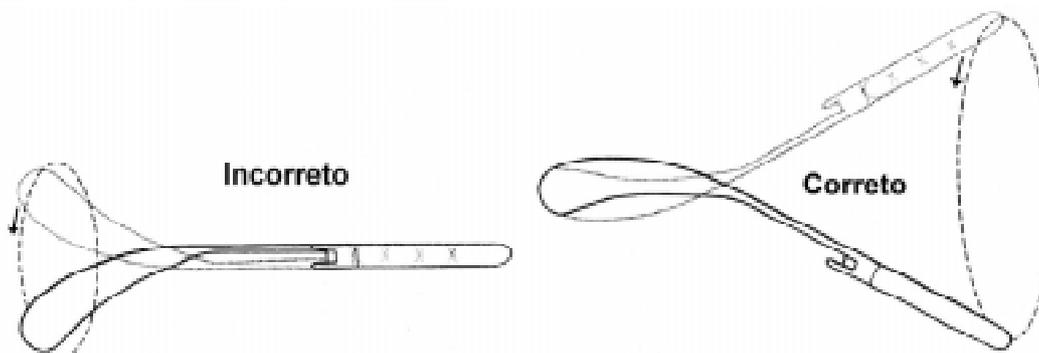


Figura 4. A técnica incorreta (esquerda) e correta de rotação. (Modificado de Zuspan FP & Quilligan EJ. *Forceps*. In _____ & _____, *Douglas-Stromme Operative Obstetrics*. 5th ed. Appleton & Lange, Norwalk 1988.)

Descrição da classificação¹

Desprendimento: o couro cabeludo é visível no intróito vaginal sem se separar os pequenos lábios. O crânio fetal atingiu o assoalho pélvico. A sutura sagital está no diâmetro antero-posterior do estreito inferior, ou próximo a ele. A cabeça do feto está no períneo. A rotação, se necessária, não deve exceder 45 graus.

Baixo: o ponto de maior declive da apresentação está no plano +2 de DeLee ou abaixo dele, mas não no assoalho pélvico. As rotações podem ser inferiores ou superiores a 45 graus devendo ser registrado no boletim operatório a amplitude da rotação. A concavidade sacra está preenchida.

Médio: a cabeça do feto está acima do plano +2, porém insinuada. A concavidade sacra não está preenchida.

Alto: cabeça não insinuada ou no limite da insinuação (fórcipe proscrito da prática obstétrica atual).

Quando respeitadas as condições de praticabilidade, os partos a fórcipe de desprendimento são seguros para o recém-nascido, embora possam implicar em chance um pouco superior de lesões maternas do canal do parto quando comparado com partos espontâneos. Os de aplicação baixa implicam risco um pouco superior ao recém-nascido, porém é instrumento seguro quando realizado com indicações precisas e sem dificuldades importantes.

Os partos a fórcipe médio correspondem a maior risco à mãe e seu filho. As oportunidades para aplicação são mais limitadas, devendo ser efetuada com cautela, apenas quando houver facilidade suposta, e interrompida caso se evidencie dificuldade na extração do feto: devem ter caráter de prova. As paradas de progressão nesta altura podem estar associadas a vício pélvico não detectado ou distúrbios no mecanismo de parto de difícil solução. Nessas circunstâncias, a operação cesariana pode ser mais apropriada, possibilitando melhores resultados maternos e neonatais.

Os partos a fórcipe alto estão proscritos da prática obstétrica atual, por apresentarem riscos fetais nitidamente superiores aos da operação cesariana.

Técnica geral de aplicação

A aplicação do fórcipe em situações especiais e incomuns foge ao objetivo deste capítulo. Será descrita a técnica geral de aplicação do fórcipe de Simpson nas variedades de posição anteriores, o que corresponde à maioria dos casos de indicação do fórcipe atualmente.

Antes de utilizar-se o fórcipe na prática obstétrica é essencial que haja treinamento e simulação das aplicações em manequim. Também é fundamental que as primeiras aplicações no vivo sejam feitas com a supervisão de um obstetra treinado.

A aplicação correta do fórcipe antes da rotação e extração fetal é mandatória. As colheres devem se adaptar corretamente à cabeça. Não deve haver pressão excessiva em ponto algum da cabeça. Os cabos do fórcipe não devem ser comprimidos ou apertados pelo operador. A aplicação correta previne o trauma à cabeça porque as colheres adaptam-se adequadamente e a pressão é distribuída uniformemente. A pressão é aplicada às estruturas menos vulneráveis. A aplicação, rotação e extração devem ser feitas com suavidade e leveza.

A anestesia da região perineal deve preceder a operação. A anestesia mínima adequada é o bloqueio bilateral do nervo pudendo interno. A anestesia de condução (raqui baixa ou peridural) é preferida por muitos obstetras. Em algumas circunstâncias, uma anestesia geral rápida pode ser utilizada.

Passos da aplicação

1. Verificar se as condições de praticabilidade estão presentes.

¹ Esta classificação se adapta à maioria dos casos. Existem algumas exceções nas quais o nível do diâmetro biparietal pode estar mais alto em relação ao ponto de maior declive da apresentação, como por exemplo quando encontramos fetos muito grandes, cabeças muito moldadas, algum grau de deflexão da apresentação, assinclitismo, algumas deformações pélvicas ou a presença de bossa occipital volumosa. Nesses casos a operação deve ser classificada em um nível superior.

2. Colocar a paciente em posição adequada (litotomia), assepsia e antisepsia da região vulvoperineal e vagina.

3. Esvaziamento da bexiga.

4. Exame vaginal para estabelecer a altura da apresentação, variedade de posição, estado do colo uterino e, se necessário romper a bolsa das águas.

5. Apresentação do fórcepe à vulva, na posição em que irá ficar depois de aplicado (Figura 7).

6. Escolha da primeira colher a ser aplicada. A primeira colher será a esquerda quando a apresentação estiver em OP, OS, OEA ou ODP. Quando a variedade de posição for ODA ou OEP, aplica-se primeiro a colher direita

7. Introdução de 2 dedos-guia na vagina, o indicador e o médio (direitos se o primeiro ramo a ser aplicado for o esquerdo e esquerdos se o primeiro ramo for o direito), na região da chanfradura sacro-ciática (esquerda ou direita, a depender do primeiro ramo a ser aplicado).

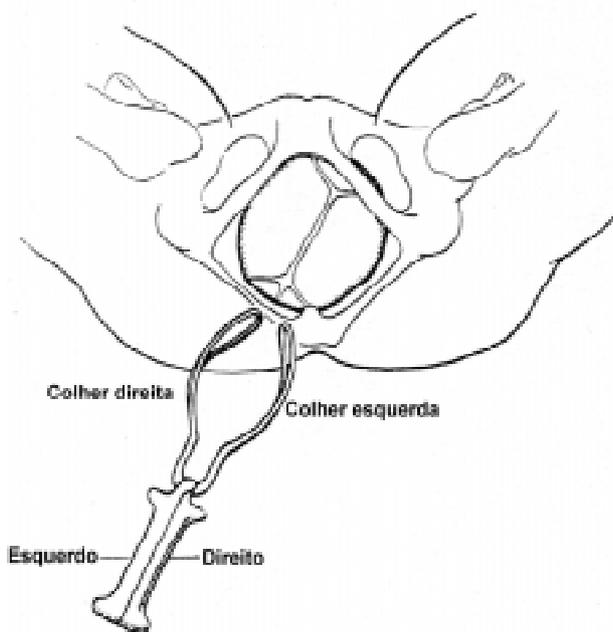


Figura 7. Apresentação do fórcepe à vulva na posição em que deverá ficar após aplicado. Na variedade de posição OEA, a primeira colher a ser aplicada é a esquerda. (Modificado de Dennen PC. *Dennen's Forceps Deliveries*. 3rd ed. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1989).

8. Aplicação da primeira colher (Figura 8). O dedo polegar da mão que tem os dedos-guia introduzidos impulsiona o instrumento, atuando na região do "calcanhar" do fórcepe. Os dedos-guia ajudam a posicionar a colher sobre a orelha do feto. A mão externa, que segura o cabo, não deve exercer força, servindo apenas para o apoio do instrumento: a movimentação e o posicionamento da colher deverão ser feitos com a mão e os dedos que servem como guia.

9. Aplicação da segunda colher (Figura 9). É realizada de forma semelhante à primeira colher, porém trocam-se as mãos que seguram o instrumento e servem como guia. Nas aplicações com a apresentação em variedade de posição oblíqua será necessária maior migração da segunda colher.

10. Articulação do fórcepe em direção à pequena fontanela.

11. Verificação da pegada. Este é um dos pontos mais importantes na aplicação e serve para assegurar que a pegada foi a ideal. Deve-se verificar a pegada analisando-se os seguintes pontos:

- a pequena fontanela deve estar no máximo a 1 dedo transverso acima do plano dos pedículos;
- a sutura sagital deve estar perpendicular ao plano dos pedículos e equidistante destes;
- deve ser impossível introduzir mais do que a polpa digital entre a apresentação e as caudas das janelas.

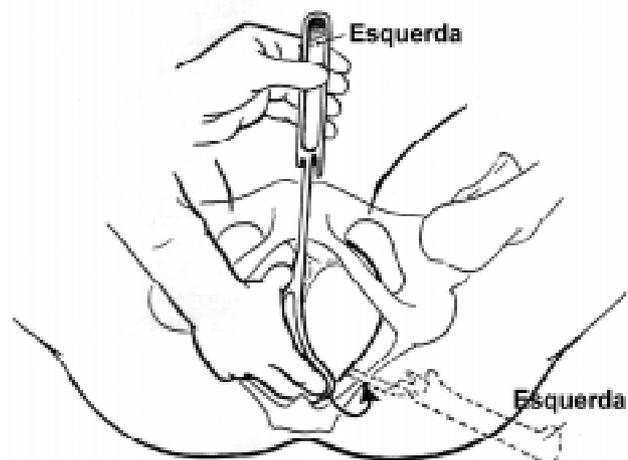


Figura 8. Aplicação da primeira colher na variedade de posição OEA. (Modificado de Dennen PC. *Dennen's Forceps Deliveries*. 3rd ed. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1989).

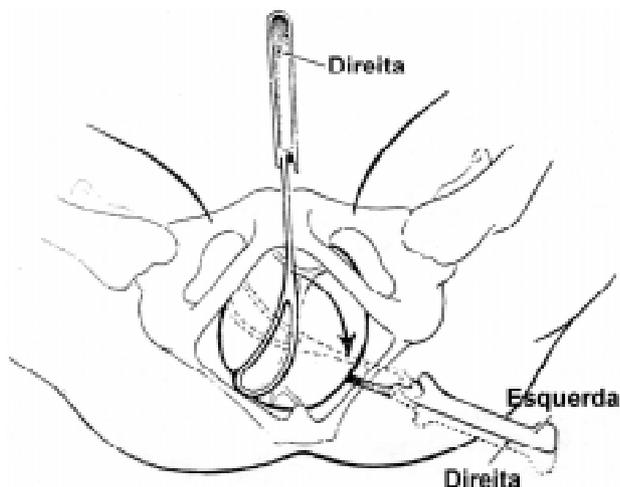


Figura 9. Aplicação da segunda colher em OEA. O ramo direito fará um amplo movimento em espiral. (Modificado de Dennen PC. *Dennen's Forceps Deliveries*. 3rd ed. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1989).

A episiotomia pode ser feita antes da aplicação do fórcepe, após a verificação da pegada ou quando a cabeça do feto distender o períneo.

12. Rotação da cabeça do feto. Este procedimento deve ser efetuado durante as contrações uterinas. A rotação deve ser feita com suavidade, tomando-se o cuidado de não provocar um movimento amplo das pontas das colheres no interior da vagina (figuras 4 e 10).

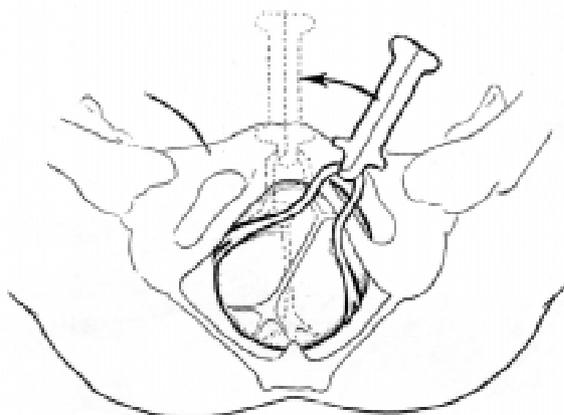


Figura 10. Após a aplicação (neste caso em OEA) e verificação da pegada, roda-se a apresentação para OP, tendo-se o cuidado de imprimir um grande arco aos cabos do fórcepe para que as pontas das colheres não lesem a mãe. (Modificado de Dennen PC. *Dennen's Forceps Deliveries*. 3rd ed. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1989).

13. Tração durante as contrações uterinas. A tração deve ser feita sempre no eixo da bacia. Quanto mais alta a cabeça, mais para baixo deve ser a força resultante de tração (Figura 5). Para se conseguir uma tração axial adequada, no plano de menores resistências, deve-se utilizar a manobra de Saxtorph-Pajot (Figura 11). Esta manobra decompõe as forças, conseguindo uma força resultante no eixo da bacia. A força empregada na tração deve ser a menor possível para se conseguir a descida.

14. Retirada do instrumento. A tração deve ser interrompida antes do desprendimento total da cabeça, pois se a cabeça for desprendida com o fórcepe, ele pode escorregar e causar lesões no feto e na mãe. As colheres são removidas com movimento inverso da aplicação, seguindo a conformação da cabeça e do períneo, enquanto o desprendimento é controlado com a manobra de Ritgen modificada (Figura 12).

15. Após o nascimento e secundamento, a revisão do canal do parto e do colo uterino deve ser sistemática.

■ DISTÓCIA DE ESPÁDUAS

A distocia de espáduas ou distocia do ombro é uma das mais dramáticas emergências da prática obstétrica, freqüentemente lembrada como "o pesadelo dos obstetras". Ocorre quando a expulsão da cabeça se dá sem a insinuação das espáduas, que permanecem "ancoradas" no estreito superior – o ombro do feto fica preso sobre a borda superior do

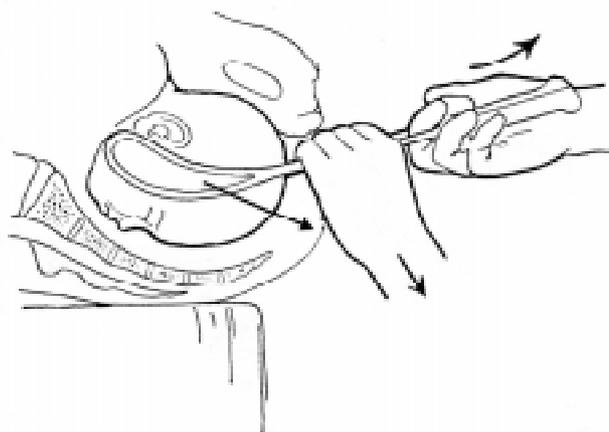


Figura 11. A tração manual (manobra de Saxtorph-Pajot). (Modificado de Dennen PC. *Dennen's Forceps Deliveries*. 3rd ed. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1989).

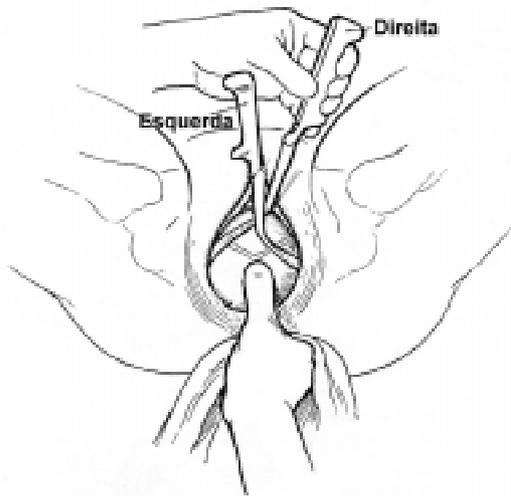


Figura 12. Remoção das colheres enquanto o desprendimento é controlado com a manobra de Ritgen modificada. (Modificado de Dennen PC. *Dennen's Forceps Deliveries*. 3rd ed. F. A. Davis Company, Philadelphia, 1989).

pube (Figura 13). A prevalência da distocia de espáduas varia de 0,5 a 1,7% dos partos vaginais.

DIAGNÓSTICO E APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Em casos de distocia de espáduas, no final do período expulsivo a cabeça geralmente progre-

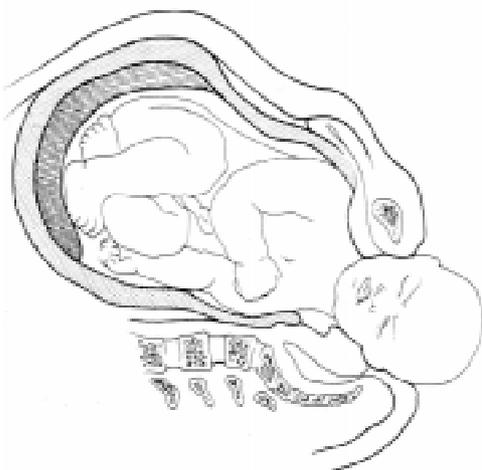


Figura 13. Na distocia de espáduas, os ombros estão no diâmetro antero-posterior com o ombro anterior impactado na sínfise púbica e o ombro posterior no nível do promontório (Modificado de Hibbard: *Obstet Gynecol* 34:424, 1969).

diu lentamente, retrocedendo alguns milímetros após o término de cada contração uterina. O diagnóstico clínico é firmado quando, logo após o desprendimento da cabeça, ela é retraída sobre o períneo e permanece “colada” à vulva, como se estivesse sendo puxada por uma mola, não se abaixa e a rotação externa não ocorre ou não se completa. Gradativamente, a face vai se tornando cianótica e edemaciada (Figura 14). Se não houver interferência do obstetra na tentativa de desprender o ombro que ficou impactado, o caso provavelmente evoluirá para asfixia e óbito fetal.

MECANISMO E FATORES ASSOCIADOS

Após o desprendimento da cabeça, a restituição (ou rotação externa) faz com que o eixo normal da cabeça em relação à coluna cervical retorne ao normal, restituindo a sua relação perpendicular com os ombros. Os ombros geralmente se insinuam em um diâmetro oblíquo ou transverso sob o ramo púbico. Os puxos irão impulsionar o ombro anterior sob o pube e, após a sua passagem pelo estreito superior, ao chegar ao assoalho pélvico, os ombros sofrem rotação para orientar o biacromial no sentido anteroposterior da saída do canal do parto. Se o ombro não rodar para o diâmetro oblíquo antes de sua insinuação e se mantiver em posição anteroposterior, um feto grande poderá ter seu ombro anterior impactado contra a sínfise.



Figura 14. Na distócia de espáduas, logo após o desprendimento, a cabeça é retraída sobre o períneo e permanece “colada” à vulva. A face vai se tornando cianótica e edemaciada.

A distocia de espáduas ocorre quando há desproporção entre o diâmetro biacromial e as dimensões anteroposteriores do estreito superior, o que pode ser conseqüência de um feto grande ou deformidade pélvica. Pode também acontecer quando há algum distúrbio no mecanismo de rotação e insinuação das espáduas, o que explicaria sua ocorrência imprevisível em pacientes que tiveram anteriormente partos de fetos grandes sem complicações.

Outro mecanismo proposto é a falta de moldagem das espáduas. A moldagem pode não acontecer adequadamente quando o parto evolui muito rapidamente em múltiparas com período expulsivo rápido ou durante o parto a fórceps médio indicado por parada de progressão.

A incidência de distocia de espáduas aumenta em relação direta com o peso do feto, se tornando significativa com pesos superiores a 4.000 g. Por outro lado, aproximadamente metade dos casos ocorre em fetos com peso normal ao nascimento.

Várias outras características maternas e fetais têm sido implicadas na gênese da distocia de espáduas: perímetro torácico desproporcional ao cefálico, gravidez pós-termo, anomalias do primeiro e segundo períodos do parto, parto a fórceps médio, história prévia de distocia de espáduas, peso materno elevado, diabetes materna, vício pélvico, multiparidade etc.

No entanto, a maioria das evidências atuais indica que os fatores de risco propostos para a distocia de espáduas não têm valor preditivo e, portanto, a distocia de espáduas é um evento imprevisível.

CONSEQÜÊNCIAS MATERNAS E NEONATAIS

Morbidade neonatal

Alguma conseqüência no recém-nascido é identificada em aproximadamente 20% dos casos de distocia de espáduas. As injúrias observadas incluem a fratura espontânea da clavícula, fraturas e deslocamentos do úmero, trauma facial, asfixia perinatal e morte fetal.

O traumatismo clássico é a lesão do plexo braquial. A lesão mais comum é a paralisia de Erb-Duchenne (acometendo os ramos dos segmentos C5 a C7), que se caracteriza por adução e rotação in-

terna do úmero, extensão do cotovelo e braço pendente. Os músculos supinadores e extensores do punho podem estar afetados. O envolvimento dos nervos espinhais inferiores (C8 e T1 – paralisia de Klumpke) geralmente afeta também o antebraço e a mão. Lesões mais extensas, incluindo lesões medulares, podem ocorrer raramente.

A maior parte dos recém-nascidos com paralisia braquial identificada ao nascimento (85%) apresenta sintomas transitórios e irá se recuperar dentro do primeiro ano após o parto.

Morbidade materna

Pode ocorrer hemorragia materna relacionada com hipotonia uterina, lacerações do canal do parto ou rotura uterina. A infecção puerperal é frequente após operação cesariana (quando é adotada a manobra de Zavanelli).

CONDUTA

Operação cesariana profilática em fetos macrossômicos

A indicação rotineira de operação cesariana para os fetos com peso estimado superior a 4.000 - 4.500 g é controversa. O risco de lesão permanente nesses fetos é muito pequeno e os métodos de estimativa de peso fetal são ainda imprecisos, o que resultaria em número substancial de operações desnecessárias. Quando há evidência inquestionável de macrossomia fetal, a indicação de cesariana deve ser avaliada criteriosamente, levando-se em consideração os antecedentes obstétricos, história de diabetes materna e a evolução clínica do parto, se em trabalho de parto.

Medidas gerais e manobras

Um dos aspectos mais importantes da conduta é tentar manter a calma, solicitar auxílio da equipe, orientar a equipe de forma segura e iniciar prontamente a seqüência de manobras destinadas à resolução da distocia de espáduas. Deve-se ter a confiança e colaboração da paciente.

Após o desprendimento da cabeça, é aconselhável proceder-se à aspiração das vias aéreas

superiores. O parto deve ser conduzido sem açoitamento e sem pânico. Quando uma dificuldade ocorre, as medidas mais simples e menos traumáticas devem ser tentadas primeiro. Quanto maior a manipulação do feto, maior o risco de lesões. As manobras deverão ser executadas em ordem crescente de trauma potencial, com suavidade e firmeza (Tabela 1). Episiotomia ampla e anestesia adequada facilitam as manobras.

A pressão fúndica isolada (manobra de Kristeller) ou a tração da cabeça estão formalmente contra-indicadas e só pioram a situação, aumentando o risco de lesões maternas e fetais e até agravando a impactação do ombro.

Pressão suprapúbica

Pressão suprapúbica moderada deve ser aplicada por um assistente (ou pelo obstetra, se não houver quem possa auxiliá-lo) visando desalojar o ombro anterior do feto. Caso haja o deslocamento do ombro, pode-se baixar o pólo cefálico cuidadosamente e, só então, exercer pressão no fundo uterino. A cabeça do feto deve ser suavemente tracionada para baixo, evitando-se tração excessiva.

Manobra de McRoberts

Consiste na remoção das pernas dos apoios da mesa de parto com hiperflexão das coxas sobre o abdome materno, trazendo também a nádega da paciente além do limite da mesa de parto. Esta manobra não aumenta as dimensões do canal do parto, mas facilita a desimpactação do ombro anterior.

Tabela 2. Ordem das manobras para a liberação dos ombros nos casos de distúcia de espáduas.

Pressão suprapúbica associada à manobra de McRoberts
Manobras de rotação (“anel apertado” de DeLee nº1 e nº2, “saca-rolhas” de Woods)
Desprendimento do braço posterior (Manobra de Jacquemier), que pode ser associado à rotação do feto (Manobra de Corrêa da Costa)
Recolocação da cabeça no canal do parto e posterior operação cesariana (Manobra de Zavarelli)
Fratura intencional da clavícula, cleidotomia ou sínfisiotomia (procedimentos de exceção)

A utilização da manobra de McRoberts associada à pressão suprapúbica resolve a maioria dos casos de distúcia de espáduas (Figura 15).

Manobras de rotação do feto

Diversos autores descreveram manobras que procuram desalojar o ombro anterior impactado contra a sínfise púbica e todas elas seguem o mesmo princípio. As manobras de DeLee são conhecidas como manobra do anel apertado nº1 e nº2, pela semelhança entre a tentativa de rotação do feto e a forma com que se tenta retirar um anel apertado do dedo.

A manobra do “saca-rolhas” de Woods tem como objetivo extrair o feto como se estivéssemos “atarrachando e desatarrachando” um parafuso ou usando um saca-rolhas.

A manobra de Rubin é uma variação sobre o tema da rotação do feto. Nesta técnica os ombros são balançados de um lado para o outro pelo uso de pressão suprapúbica.

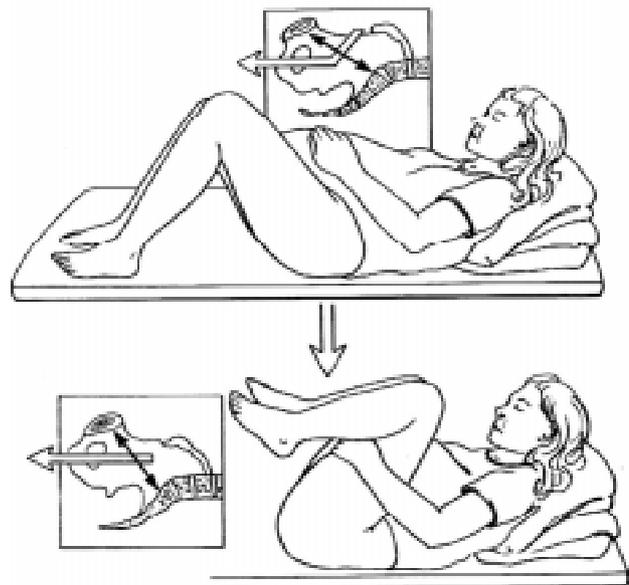


Figura 15. Na manobra de McRoberts a hiperflexão das coxas sobre o abdome altera as relações da pelve com a coluna lombar, facilitando o desprendimento dos ombros do feto. (Modificado de Beckman CR, Ling FW, Barzensky BM et al (editores): *Obstetrics and Gynecology for medical students*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1992).

Manobras de abaixamento do braço posterior

Não havendo sucesso com as manobras de rotação, o próximo passo é tentar liberar o braço posterior (manobra de Jacquemier).

Recolocação da cabeça na pelve

Não havendo sucesso com as manobras de rotação ou de extração do braço posterior, um dos últimos recursos é tentar recolocar a cabeça na vagina e proceder a operação cesariana (manobra de Zavanelli). Este procedimento é considerado extremamente difícil por muitos observadores e pode associar-se a lesões graves na mãe ou no concepto e morte fetal.

Fratura intencional da clavícula, cleidotomia ou sinfisiotomia

Estes procedimentos devem ser encarados como de exceção.

■ O PARTO PÉLVICO

Em cerca de 3% dos partos a termo o feto se encontra em apresentação pélvica. Antes de 30 semanas, a apresentação pélvica é muito mais freqüente, estando presente em cerca de 20 a 30% dos partos. O achado ultra-sonográfico de apresentação pélvica antes da 25ª semana de gestação não se correlaciona com maior freqüência de apresentação pélvica ao final da gravidez. No entanto, pacientes com apresentação pélvica a partir da 25ª semana têm maiores chances de parto pélvico.

O conhecimento das manobras para auxiliar o parto pélvico por via vaginal são de grande importância para o obstetra e para o emergencista, em face da excessiva morbidade e mortalidade perinatais associadas a esta apresentação. Mesmo que o médico se proponha a realizar a operação cesariana em todos os casos de apresentação pélvica, a necessidade de assistência ao parto por via vaginal

pode ocorrer se a paciente der entrada no hospital em período avançado do trabalho de parto.

CLASSIFICAÇÃO

A apresentação pélvica é denominada completa ou pelvipodálica quando as coxas e pernas estão fletidas, com os pés junto às nádegas. Na apresentação pélvica incompleta, também chamada de pélvica simples ou modo de nádegas, as coxas estão fletidas sobre a bacia e as pernas estendidas sobre a face anterior do tronco, portanto os pés se localizam próximos à cabeça (Figura 16)¹. A apresentação pélvica incompleta é a mais freqüentemente encontrada próximo ao termo.

DIAGNÓSTICO

É importante que, logo no início do trabalho de parto, já se tenha o diagnóstico da apresentação pélvica, com vistas ao estabelecimento da conduta.

A presença de alguns fatores predisponentes leva à suspeita da apresentação pélvica. Além da idade gestacional devemos considerar a multiparidade (pelo relaxamento das paredes uterinas), gravidez múltipla, polidramnia, oligodramnia, anomalias congênitas, crescimento intra-uterino restrito, parto pélvico anterior, anomalias uterinas (tumores e anomalias congênitas), inserção baixa ou cornual da placenta, vício pélvico e tumores pélvicos. Tanto fatores que impedem a locação da cabeça no segmento inferior quanto fatores que impedem a versão espontânea do feto podem explicar a persistência desta apresentação anômala. Entretanto, na maior parte das vezes, os fatores etiológicos não são identificados e o diagnóstico é feito pelo exame clínico, podendo ser confirmado pela ultra-sonografia ou pela radiografia abdominal.

A palpação abdominal, no primeiro tempo da manobra de Leopold, mostra o pólo cefálico ocupando o fundo uterino, se diferenciando do pólo pélvico pela sua forma arredondada, consistência dura e rechaço característico. O segundo tempo indica a posição do dorso do feto e das “pequenas partes”

¹ Alguns autores consideram outras modalidades nas apresentações pélvicas incompletas, como o **modo de joelhos** ou o de **pés**, quando estas regiões ocupam o estreito superior da bacia, mas o seu pequeno volume não impõe característica especial ao mecanismo de parto.

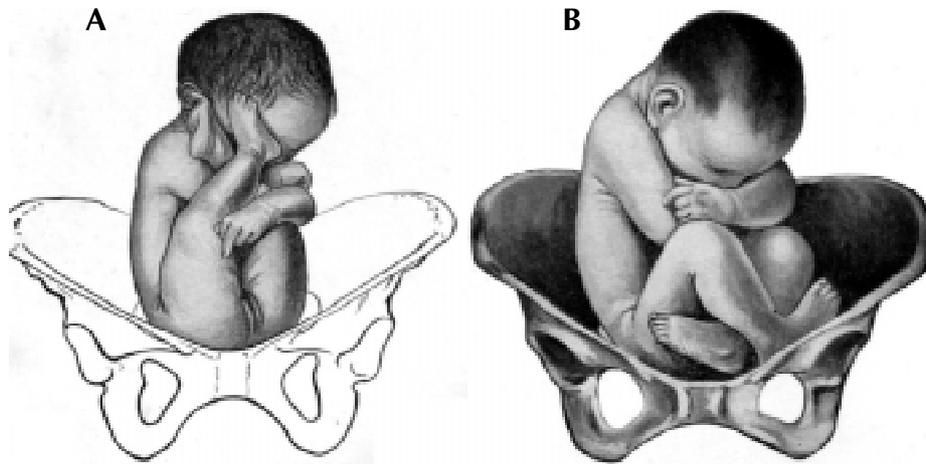


Figura 16. Apresentação Pélvica.

A) Apresentação Pélvica Simples, Pélvica Incompleta ou Modo de Nádegas. B) Apresentação Pélvica Podálica ou Pélvica Completa (Modificado de De Lee JB. *Anomalies of the passengers (continued)*. In _____. *The principles and practice of obstetrics*. 7a. Ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia, p. 690, 1940).

(plano irregular e menos resistente). No terceiro tempo, se a insinuação ainda não ocorreu, a nádega é encontrada móvel acima do estreito superior da bacia. Após a insinuação, o quarto tempo mostra a nádega fixa atrás da sínfise púbica. A nádega é identificada como formação irregular, consistente, porém redutível, diferenciando-se da cabeça, mais dura e irredutível.

Pelo toque vaginal, na apresentação pélvica incompleta, as tuberosidades isquiáticas, o sacro, o sulco interglúteo e o ânus são geralmente palpáveis e, com a descida da apresentação, a genitália externa pode ser identificada. Quando o trabalho de parto se prolonga, a nádega pode se tornar edemaciada e tumefeita, tornando difícil a diferenciação entre a face e a pelve fetal. O ânus pode ser confundido com a boca e as tuberosidades isquiáticas com as eminências malares. No entanto, exame cuidadoso pode prevenir este erro, através da evidenciação de maior resistência muscular do ânus em relação à boca, enquanto as mandíbulas são firmes e menos depressíveis. Por vezes o dedo, após ser retirado do ânus, encontra-se tinto de mecônio. A boca e as eminências malares apresentam forma triangular, enquanto as tuberosidades isquiáticas e o ânus estão em linha reta. A informação mais precisa é baseada na localização do sacro e seus processos espinhosos, que estabelecem o diagnóstico da variedade de posição. Na apresentação pélvica completa, os pés podem ser sentidos próximos às nádegas.

A linha de orientação da apresentação pélvica é o sulco interglúteo, desempenhando, sob o ponto de vista da variedade de posição, o mesmo papel da sutura sagital na apresentação cefálica. O ponto de referência fetal é o sacro, sinalando-se a variedade de posição com letra S (SEA, SET, SEP, SDP, SDT, e SDA, conforme o sacro esteja voltado para a esquerda, para a direita, para frente ou para trás). A posição mais freqüente é a esquerda e as variedades mais encontradas são as anteriores.

Nas raras vezes em que se identifica a variedade de posição sacropúbica ou sacro anterior direita em apresentação pélvica incompleta, modo de nádegas, persistindo o dorso anterior, caracteriza-se a distância de Torpin que leva a maiores dificuldades para o parto vaginal, configurando clara indicação de cesariana.

Pela ausculta fetal percebe-se o foco de maior intensidade dos batimentos cardíacos fetais acima da cicatriz umbilical materna, mais evidente no lado do dorso fetal. Ao progredir o parto, o foco se desloca inferiormente, podendo ser percebido nos quadrantes inferiores do abdome materno.

A ultra-sonografia deve, preferencialmente, ser usada para confirmar a suspeita clínica de apresentação pélvica e para identificar, se possível, anomalias fetais. Tem também a vantagem de estimar o peso fetal, a adequação pélvica e o volume e a atitude da cabeça, servindo como um importante parâmetro na decisão da via do parto. Os exames radiológicos

tradicionais são pouco usados atualmente. Podem ser úteis para a confirmação diagnóstica na ausência da ultra-sonografia, bem como para a avaliação de atitudes anômalas da cabeça e o tipo da apresentação. Pelvimetria e fetometria digitalizadas por tomografia computadorizada ou ressonância magnética têm sido utilizadas atualmente na decisão do tipo de parto, embora seus papéis permaneçam controversos.

MECANISMO DO PARTO

Para melhor análise do mecanismo do parto nas apresentações pélvicas, convém decompor seu estudo em 3 segmentos do feto, a saber: cintura pélvica, cintura escapular e cabeça derradeira. O parto pélvico mostra-se de dificuldades crescentes, pois o trajeto é solicitado por segmentos fetais cada vez maiores. O mecanismo é essencialmente o mesmo tanto nas apresentações pélvicas completas quanto nas incompletas. Os fenômenos plásticos são pouco acentuados e ocorrem mais nos partos prolongados. O pólo cefálico geralmente se deforma pouco, conservando o aspecto arredondado.

MECANISMO DO PARTO DA CINTURA PÉLVICA

Insinuação

Mesmo nas primíparas, o pólo pélvico mantém-se alto até que o trabalho de parto se encontre bastante avançado, não raro até a dilatação total e a amniorrexe. A insinuação termina quando o bitrocantariano transpõe a área do estreito superior da bacia e o ponto de maior declive da apresentação está bem abaixo do estreito médio, quase atingindo o assoalho pélvico. A insinuação é mais difícil nas apresentações pélvicas completas (pelvipodálicas) devido ao maior volume das nádegas em conjunto com os membros inferiores. Na apresentação pélvica incompleta (simples), a insinuação é mais fácil, porque o volume é menor. No entanto, o desprendimento nesta última modalidade tende a ser mais difícil.

Descida e rotação interna

Progredindo, a apresentação desce até o estreito inferior. A crista ilíaca anterior posiciona-se um

pouco mais abaixo que a posterior, apresentando portanto assinclitismo anterior análogo ao que se dá com os parietais no mecanismo de parto da apresentação cefálica. Neste tempo ocorre a rotação interna descrevendo arco de 45 graus, orientando o diâmetro bitrocantariano em relação ao diâmetro ântero-posterior, em correspondência com a conjugata exitus.

Desprendimento

O desprendimento sempre se processa em variedade de posição transversa (SET ou SDT). A anca anterior, em sua região imediatamente acima da crista ilíaca, toma ponto de apoio (hipomóclio) sob o ligamento arqueado (região sub-púbica). A posterior, apresentando acentuada inflexão lateral, percorre o sacro, retropulsa o coccige materno e transpõe a fenda vulvar (Figura 17).

MECANISMO DO PARTO DA CINTURA ESCAPULAR

Insinuação

O diâmetro biacromial, por compressão, reduz sua dimensão e se insinua por um dos diâmetros oblíquos da bacia materna, com os braços aconchegados diante do tórax. Os membros atravessam o estreito superior com o biacromial no mesmo diâmetro oblíquo utilizado pelo bitrocantariano.



Figura 17. Mecanismo do parto da cintura pélvica na apresentação pélvica completa, posição SDA (Modificado de Beck AC & Rosenthal AH. *Obstetrical Practice*. 6a. Ed., Williams & Wilkins, Baltimore, 1955).

Descida e rotação interna

No momento em que os ombros atingem o assoalho perineal, a cabeça está se insinuando. Durante a descida ocorre a rotação interna das espáduas em 45 graus para que o biacromial se coloque em relação ao diâmetro anteroposterior do estreito inferior. A rotação das espáduas e da cabeça se influenciam de forma recíproca. Tanto a rotação externa desta facilita a rotação interna da cabeça, como também a rotação interna da cabeça se reflete sobre a externa das espáduas. É, portanto, uma parturição associada, a da cabeça com a das espáduas.

Desprendimento

A espádua anterior é a primeira a aflorar à vulva. Após a retropulsão do coccige sai, em seguida, a posterior (Figura 18). Também podem se desprender com o diâmetro biacromial em relação ao diâmetro transverso do estreito inferior.

MECANISMO DO PARTO DA CABEÇA DERRADEIRA

Insinuação

A cabeça procura orientar o diâmetro suboccipitofrontal no diâmetro oblíquo da bacia oposto ao

utilizado pelos segmentos que o precederam (bitrocantariano e biacromial). Pode também insinuar-se no diâmetro transverso.

Descida e rotação interna

Há a progressão da cabeça até aflorar à vulva. A rotação interna é de 45 graus (nas insinuações em oblíqua) ou de 90 graus (nas insinuações em transversa), no sentido de colocar a região sub-occipital sob o pube. O mento aparece, então, na fúrcula vaginal.

Desprendimento

A cabeça fetal se flexiona e progride, expulsando através da fenda vulvar o mento, boca, nariz fronte e, por último, o occipital (Figura 18).

CONDUTA NA APRESENTAÇÃO PÉLVICA

Conduta durante a gestação

Pode ser tentada, suavemente, a versão externa nos casos de apresentação pélvica.

Versão é o procedimento no qual a apresentação do feto é alterada artificialmente, seja pela substituição de um pólo fetal por outro (nas situações lon-

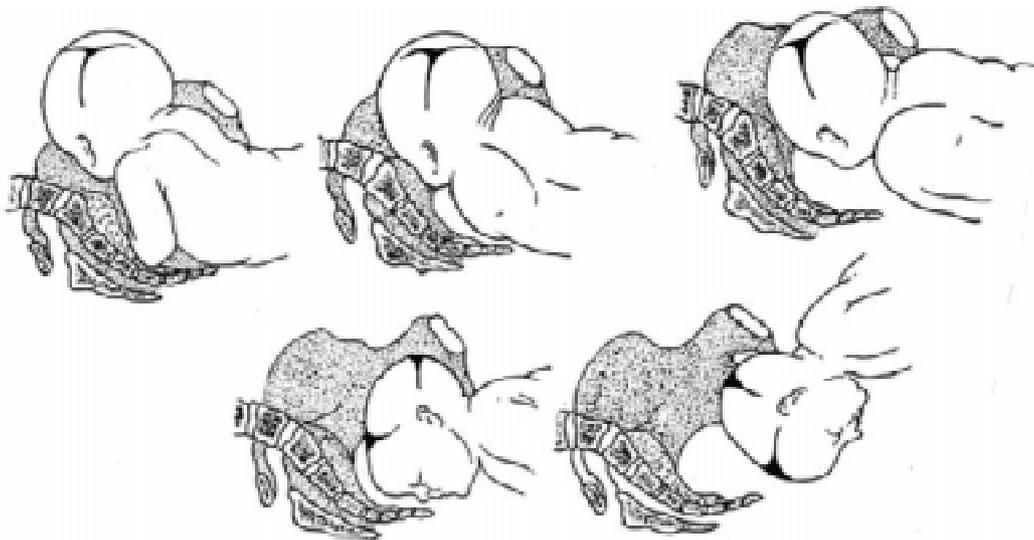


Figura 18. Mecanismo do parto da cintura escapular e da cabeça derradeira na apresentação pélvica (Modificado de Beck AC & Rosenthal AH. *Obstetrical Practice*. 6a. Ed., Williams & Wilkins, Baltimore, 1955).

gitudinais), seja pela transformação de uma situação oblíqua ou transversa em situação longitudinal. Dá-se o nome de versão cefálica à que transforma a apresentação em cefálica, e de versão podálica a que transforma a apresentação em pélvica.

A versão cefálica externa pode reduzir substancialmente a taxa de cesariana nas apresentações pélvicas, reduzindo o risco relacionado com o parto pélvico e evitando cesarianas em gestações futuras. Contudo, não é procedimento totalmente destituído de riscos, embora os acidentes com o procedimento sejam de ocorrência excepcional. Pode haver morte materna, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina, hemorragia feto-materna, isoimunização, parto prematuro, sofrimento fetal e morte fetal. No entanto, se praticada dentro das normas técnicas e com suavidade, estes riscos podem ser minimizados, não contra-indicando sua tentativa.

O melhor momento para se corrigir a apresentação viciosa nas primíparas é entre 32 e 34 semanas de gestação, e entre as múltiparas entre 34 e 36 semanas. A maior parte dos fetos em apresentação pélvica irá rodar espontaneamente antes desta idade gestacional e, após este tempo, a proporção reduzida de líquido amniótico e o tamanho do feto poderão dificultar a versão. Caso algum acidente ocorra, o feto já estará suficientemente maduro para um parto cesáreo de urgência. No entanto, a versão pode ser tentada posteriormente, inclusive no início do trabalho de parto, se a apresentação for facilmente deslocada da pelve e não houver contra-indicação para o procedimento.

As contra-indicações principais para a versão externa são: gemelidade, oligodramnia, cardiocografia não reativa, grande anomalia congênita, crescimento intra-uterino retardado, história prévia de parto prematuro, placenta prévia, anomalias uterinas ou tumores prévios e doenças intercorrentes que indiquem, por si só, operação cesariana. A polidramnia pode ser fator que influencie na ineficácia da versão externa, por facilitar o retorno da apresentação à posição primitiva. Devido ao temor de rotura uterina, pacientes com cicatriz de cesariana prévia eram, no passado, excluídas da maioria dos protocolos de versão por manobras externas. Atualmente, admite-se a tentativa suave de versão externa em pacientes com uma cicatriz de cesariana segmentar anterior.

Cesariana eletiva

Na maioria dos casos de apresentação pélvica, opta-se pela operação cesariana. A preocupação em relação à cesariana rotineira decorre do maior risco materno deste procedimento. Entretanto, em algumas condições parece haver consenso quanto à indicação da cesariana na apresentação pélvica com feto viável (Tabela 2).

A via vaginal pode ser aceita quando estão ausentes todos os fatores descritos na Tabela 2. O feto em apresentação pélvica requer manipulações semelhantes para efetivar o parto, independentemente da via escolhida. A extração pélvica mal conduzida durante a operação cesariana pode resultar em lesões semelhantes às possíveis no parto vaginal, tais como fraturas, traumatismos raquimedulares, do plexo braquial e viscerais.

Parto pélvico transvaginal

Período de dilatação

Uma vez aceita a via baixa, algumas particularidades devem ser observadas na assistência ao parto pélvico. Na apresentação cefálica, uma vez que a cabeça se desprende, geralmente a saída do resto do corpo se dá sem dificuldades. O contrário ocorre na apresentação pélvica, onde volumes mai-

Tabela 2. Indicações de cesariana na apresentação pélvica.

Vício pélvico
Feto grande (peso > 3.500 - 4.000 g), mesmo em caso de partos prévios de fetos grandes em apresentação cefálica
Primípara idosa (idade superior a 35 anos)
Amniorrexe prematura (não se justificando a indução do parto)
Malformação fetal (hidrocefalia, anomalias torácicas ou abdominais), quando há esperança de vida extra-uterina
Hiperextensão da cabeça fetal e distocia de Torpin (quando persistentes durante o trabalho de parto)
Má dinâmica uterina (discinesia) e parto protraído, não corrigível com o tratamento adequado

ores e menos compressíveis atravessam o canal do parto, constituindo três partos sucessivos, de dificuldades crescentes: o parto do pólo pélvico, dos ombros e da cabeça derradeira. Ao contrário da apresentação cefálica, onde ocorre moldagem da cabeça, na apresentação pélvica não há tempo para tal.

Acesso venoso adequado deve ser estabelecido, para facilitar a administração de medicamentos e sangue, caso necessário. Durante o período expulsivo é desejável a infusão de ocitocina. A bolsa das águas deve ser mantida íntegra até o período expulsivo. Caso ocorra amniorrexe, o toque vaginal deverá ser imediatamente efetuado, para descartar a possibilidade de prolapso do cordão umbilical. O progresso satisfatório do trabalho de parto é o melhor indicativo da adequação pélvica. É muito frequente a eliminação de mecônio no parto da apresentação pélvica, tanto durante o período de dilatação quanto no período expulsivo, não sendo, necessariamente, sinal de sofrimento fetal agudo. Operação cesariana deve ser indicada com liberalidade logo que ocorram complicações, mesmo durante o final do período de dilatação ou período expulsivo.

A paciente deve ser instruída a não fazer força até que a dilatação cervical seja completa. Às vezes, o pólo pélvico atinge a vulva, sem que a dilatação seja total. Se, nessas circunstâncias, a paciente fizer esforços expulsivos prematuros, após o desprendimento da pelve, a borda do colo uterino dificultará a passagem dos ombros e da cabeça. Ao iniciar-se o período expulsivo, estimula-se a paciente a intensificar os puxos a cada contração.

Período expulsivo - cuidados gerais

Geralmente se tolera um prazo de até 8 minutos entre a exteriorização do umbigo fetal e o desprendimento da cabeça, e de 5 a 6 minutos após a insinuação desta, o que se reconhece pelo aparecimento na vulva do ângulo inferior da escápula. Deve-se ter à mão válvula de Doyen e cateter ligado a fonte de oxigênio. A válvula de Doyen é útil para o abaixamento do períneo possibilitando algum grau de oxigenação fetal em caso de dificuldade na extração da cabeça derradeira, permitindo espera de alguns minutos até que se resolva o caso (Figura 19).

Deve-se proceder à episiotomia ampla, preferentemente médio-lateral, quando as nádegas começam a distender o períneo. A bexiga e o reto deverão estar vazios. É aconselhável impedir o des-

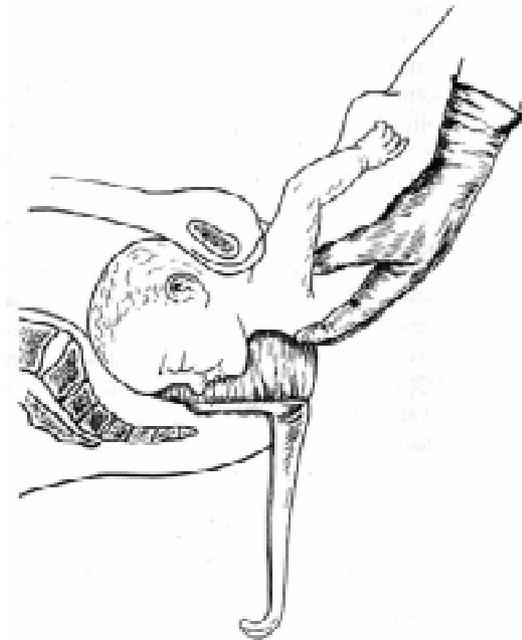


Figura 19. Aplicação de válvula de Doyen no períneo posterior, para permitir alguma oxigenação ao feto enquanto outras providências são adotadas (Modificado de Rezende, J. *Obstetrícia*, 7a. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, p. 971, 1995).

prendimento da pelve por 2 ou 3 contrações, pressionando-se o períneo e retardando-se a episiotomia, até que, pelo aumento da pressão às custas de algumas contrações, ao se permitir a saída do pólo pélvico, o parto se dê “em bloco” (manobra de Thiessen). Para facilitar a expulsão, um auxiliar pode, com a palma das mãos, exercer pressão moderada no fundo uterino, sobre a cabeça do feto e seus ombros. A feitura de alça do cordão pode ser dispensada.

Assistência ativa ao desprendimento de evolução normal

Provavelmente a mais importante recomendação na assistência ao parto pélvico é que não se deve tracionar o feto. A tração inadvertida do feto em apresentação pélvica pode levar a complicações como o levantamento dos braços ou a deflexão da cabeça, aumentando, em muito, o risco de distócia e de complicações perinatais. Os acidentes com o parto pélvico devem-se à não avaliação adequada da proporcionalidade feto-pélvica ou da conduta imprópria no período expulsivo.

Manobra de BRACHT

Consiste em observar conduta expectante durante a expulsão do pólo pélvico, proscrevendo-se qualquer intervenção intempestiva devendo o parteiro ter paciência de apenas acompanhar o desprendimento oferecendo um apoio com a finalidade de manter o encurvamento para cima do tronco fetal até a passagem do ângulo inferior da escápula sob o pube, cuidando apenas de preservar a posição anterior para o dorso, evitando que ele se volte para trás.

Quando aflora à vulva o ângulo inferior da escápula, o operador acentua o encurvamento do feto, apreendendo-o com os polegares ao longo das coxas e os quatro dedos restantes de cada mão aplicados sobre a região lombossacra. Se o excesso de vernix ou a umidade da pele do feto dificultam sua apreensão, pode-se envolvê-lo em compressa. Procura-se então horizontalizar o dorso, que é progressivamente elevado na direção do ventre materno, fazendo-o girar ao redor da sínfise púbica. O pólo pélvico deve ser elevado, sem que o obstetra exerça tração. Os braços deverão se desprender espontaneamente, ou com pequeno auxílio digital, com os ombros atravessando o estreito inferior no diâmetro transverso. Na ocasião do desprendimento da cabeça, o auxiliar exerce pressão supra-púbica, enquanto o operador acentua a lordose do feto. A cabeça se desprende geralmente no diâmetro ântero-posterior, por vezes um pouco obliquamente. Após o desprendimento, o dorso do feto estará em contato com o ventre da mãe. A paciente deve ser instruída a fazer força durante toda a manobra, pois a metade superior do tronco deve ser expelida, idealmente, em uma só contração (Figura 20).

A manobra de Bracht oferece uma série de vantagens. É de fácil realização, respeita o mecanismo fisiológico do parto pélvico, permite que se recorra a manobras clássicas para extrair os ombros ou a cabeça derradeira em caso de fracasso e é menos traumatizante para o feto em relação a qualquer outro método de auxílio manual.

Classificam-se os resultados da manobra de Bracht como exitosos (quando se desprendem os membros superiores e a cabeça), fracasso parcial (quando se desprendem os membros superiores, porém não a cabeça) e fracasso total (quando não se desprendem nem os membros nem a cabeça). As principais causas dos fracassos são a deflexão dos membros superiores (braços rendidos), da cabeça ou de ambos, a inércia uterina, feto muito grande, pelve estreita, colo incompletamente dilatado, gestação gemelar, feto morto, extração artificial do pólo pélvico com tração e erros de técnica.

Manobras para auxiliar o desprendimento dos ombros

Em relação às manobras de auxílio manual, aquelas destinadas a facilitar o desprendimento das espáduas (e também da cabeça derradeira), são mais favoráveis as que implicam menor trauma e menos manipulação. Quanto maior a manipulação do feto, maior o risco de lesões. As manobras deverão ser executadas em ordem crescente de trauma potencial, com suavidade e firmeza. As dificuldades no desprendimento dos ombros são originadas pela deflexão dos braços (braços rendidos). O obstetra deve conhecê-las e saber saná-las rapidamente.

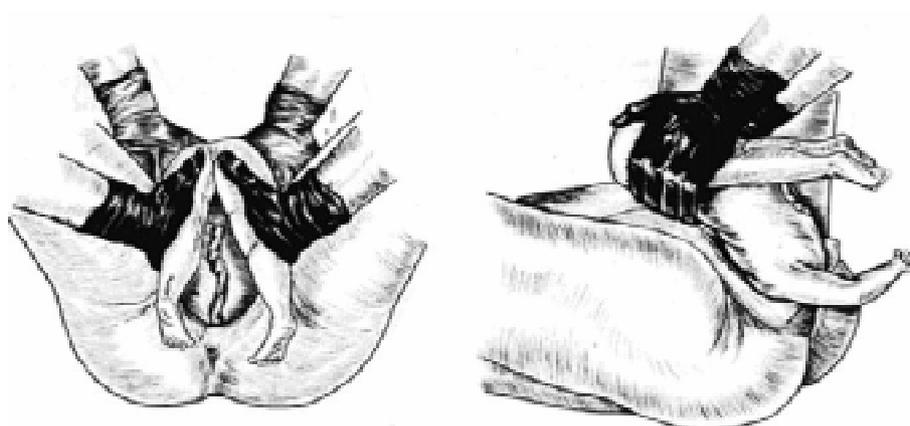


Figura 20. Manobra de Bracht (Modificado de Lorca C: Operaciones Obstétricas. Ed. Científica Médica, Madrid, 1948).

Para auxiliar o desprendimento dos braços, tendo sido inexitosa a manobra de Bracht, pode-se utilizar o desprendimento dos braços “in situ” (o braço posterior é desprendido sobre a face anterior do sacro e o anterior sob a sínfise púbica), manobras de rotação axial do feto (Lövset e Rojas), a manobra oscilatória de Deventer-Muller (encaixamento assinclítico dos ombros) e a manobra de Pajot (abaixamento do braço anterior).

Manobras para auxiliar o desprendimento da cabeça derradeira

O parto da cabeça derradeira é o mais difícil e o mais perigoso para o feto. A cabeça pode estar retida na escavação, faltando apenas o desprendimento, ou pode estar retida no estreito superior. As causas de dificuldade no desprendimento da cabeça quando já insinuada devem-se a obstáculos nas partes moles (colo incompletamente dilatado ou espástico, resistência exagerada da vulva e do

períneo) ou a obstáculo das partes ósseas (vício pélvico do estreito inferior da bacia, falta de mobilidade do cóccix). A cabeça pode ter se retido no estreito superior por desproporção com ou sem anomalias congênicas ou pela falha em manter-se o dorso fetal bem orientado para cima durante o parto.

Algumas manobras podem ser utilizadas para auxiliar o desprendimento da cabeça derradeira, quando a manobra de Bracht não foi exitosa. A manobra de McRoberts (hiperflexão da coxa sobre o abdome) deve precedê-las. Preferimos, em ordem de dificuldade e em ordem crescente de potencial traumático, a manobra de Liverpool (deixar o tronco fetal pendente por 20 segundos), a aplicação do fórcepe de Piper, a manobra de Mauriceau (flexão da cabeça pela colocação de dois dedos na base da língua do feto e tração sobre os ombros) e, por fim, a manobra de Champetier des Ribes (insinuação da cabeça em transversa, forçando artificialmente um mecanismo de assinclitismo – manobra efetuada com 2 auxiliares).