

Fórcipe obstétrico

Flavio Monteiro de Souza

Professor Assistente de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Mestre em Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutor em Saúde da Criança e da Mulher pela Fundação Oswaldo Cruz

Alexandre José Baptista Trajano

Professor Titular, Livre Docente e Coordenador da Disciplina de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Mestre e Doutor em Obstetrícia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro

Pré-requisitos para o parto a fórcepe

Condições de praticabilidade

Indicações

Anatomia do fórcepe

Tipos e usos do fórcepe

Funções do fórcepe: mecanismo de ação

Classificação das operações segundo a altura da cabeça na pelve

Descrição da classificação

Técnica geral de aplicação

Passos da aplicação

Particularidades nas variedades de posição posteriores

O uso adequado do fórcepe obstétrico permanece sendo uma maneira segura e eficiente de assegurar, 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 fórcepe: 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

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 prosrita.

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 vivo¹: A morte fetal, por si só, não é uma contra-indicação para a aplicação do fórcepe. Todavia, 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 dificuldades².

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.

¹ A indicação operatória clássica nos casos de morte fetal era a embriotomia. Atualmente, é excepcional a sua recomendação, restrita a situações especiais como nos casos de feto morto, hidrocefálico em que se pode recorrer à craniotomia.

² Ao aplicar o fórcepe no feto morto, pode-se flexibilizar o princípio de não usar o instrumento para reduzir os diâmetros da cabeça .

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). Outras condições maternas, que configuram indicações não tão imperativas para o emprego do fórcepe³, 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 anestesista 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 eletivo⁴ ou no parto do pré-termo⁵

³ Nestes casos, o emprego do fórcepe continua sendo a melhor maneira de terminar o parto uma vez que a opção pela cesariana implica o risco intrínseco da cirurgia. Diferenciam-se, entretanto, dos casos de indicação absoluta em que a condição materna aumenta significativamente o risco da cesariana.

⁴ 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.

Anatomia do fórcepe

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, pedículo, 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 pedículo é chamada de “calcanhar”.

Tipos e usos do fórcepe

O conhecimento dos tipos de instrumento com suas vantagens, desvantagens técnica e complicações 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

⁵ 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 1000g).

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 migração⁶.

O fórcepe de **Piper** é um instrumento especialmente desenhado para extração da cabeça derradeira na apresentação pélvica. Na falta do fórcepe de Piper, pode-se utilizar, com algumas limitações técnicas, o de Simpson.

Funções do fórcepe: 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.

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

⁶ 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 conseguir-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.

pélvica acentuada, deve ser rodado amplamente nos cabos, para manter uma área de rotação pequena dentro da vagina⁷.

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 fórceps de aplicação mais alta são mais traumáticos.

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)⁸:

- Desprendimento (*outlet forceps*)
- Baixo
- Médio
- Alto

⁷ O fórcepe de Kielland, por ser reto e não ter curvatura pélvica acentuada, pode ser rodado como uma “chave na fechadura”.

⁸ A classificação do ACOG guarda uma relação próxima com a de Dennen (ainda muito usada no Brasil):

ACOG	Dennen
Desprendimento (<i>outlet forceps</i>)	Baixo
Baixo	Médio-baixo

Descrição da classificação⁹

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 fórceps de desprendimento são seguros para o recém-nascido, embora possam implicar em chance um pouco superior de lesões do canal do parto maternas 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 fórceps 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

⁹ 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.

operação cesariana pode ser mais apropriada, possibilitando melhores resultados maternos e neonatais.

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

Técnica geral de aplicação

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

Antes de utilizar-se o fórcepe 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 fórcepe 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 fórcepe 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**.
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. As colheres são identificadas quando o fórcepe é seguro articulado diante da vulva com a curvatura pélvica dirigida anteriormente e na posição em que ficarão quando aplicadas (figura 7). A mão esquerda do operador apreende o cabo da colher esquerda e a mão direita o da colher direita.
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). A introdução de toda a mão como guia deve ser evitada pelo risco de deslocar a apresentação.
8. **Aplicação da primeira colher** (figura 8). Quando se aplica a primeira colher a apresentação tende a ser fixada durante a manobra de migração da segunda colher. O operador apreende o primeiro ramo a ser aplicado (o ramo esquerdo com a mão esquerda ou o direito com a mão direita) e coloca o outro sobre a mesa de instrumental cirúrgico. Para proceder à introdução, o operador coloca-se de costas para o joelho oposto ao do lado que será aplicada a primeira colher e segura o cabo do ramo a ser introduzido gentilmente. A curvatura pélvica da colher é dirigida para baixo e a curvatura cefálica em direção à vulva, com o plano do cabo perpendicular ao chão. 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, o que é conseguido com manobra de ampla rotação do cabo externamente (espiral de Mme. La Chapelle) ao mesmo tempo em que a colher é migrada internamente. Nessas circunstâncias é aconselhável que a aplicação da segunda colher seja feita com os dedos guia colocados em um nível mais alto que os da primeira colher, e que a colher também inicie sua penetração mais acima, para evitar que a testa do feto seja atingida e que a apresentação seja deslocada para uma variedade de posição transversa.
10. **Articulação** do fórcepe em direção à pequena fontanela. Os ramos do fórcepe são articulados, levando-se previamente os pedículos em direção à pequena fontanela. Se a primeira colher aplicada tiver sido a direita, será necessário descruzar os ramos do fórcepe antes de articulá-los. Neste momento deve-se evitar que as pontas das aletas se encontrem, introduzindo um pouco mais um dos cabos do fórcepe ao descruzar os ramos.
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. A pequena fontanela deve estar no máximo a 1 dedo transversal acima do plano dos pedículos.
 - b. A sutura sagital deve estar perpendicular ao plano dos pedículos e equidistante destes.
 - c. Deve ser impossível introduzir mais do que a polpa digital entre a apresentação e as caudas das fenestras.

Se os três pontos estiverem presentes, pode-se ter certeza que a pegada é a biparietomalomentoniana. Se a pegada não for a ideal, não se deve proceder à rotação e extração. Pode-se tentar reposicionar o fórcepe desarticulando-o e alterando a posição das colheres com dedos introduzidos na vagina (e não por ação nos cabos, exceto para o

deslocamento dos pedículos em direção à pequena fontanela) e verificar a pegada novamente.

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. O operador deverá estar sentado, com os pés firmemente apoiados no chão, um à frente e outro atrás. 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). A rotação da cabeça para uma variedade de posição anterior é geralmente necessária antes da tração. Dependendo da configuração e capacidade pélvica, a rotação é geralmente fácil quando o diâmetro biparietal está próximo ao plano das maiores dimensões pélvicas, embora possa ser efetuada também com a cabeça em níveis inferiores. Após a rotação deve-se assegurar que a apresentação esteja fletida, podendo-se fleti-la com o fórcepe.

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). Enquanto a cabeça desce, a linha de tração se move para diante em uma curva que segue a conformação do sacro. 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. O dedo médio da mão mais hábil traciona o instrumento apoiando-se no espaço entre os pedículos e os dedos indicador e anular atuam nas aletas. A outra mão exerce uma pressão para baixo atuando sobre os pedículos. A força é exercida em duas direções: para baixo e para fora. A força resultante (vetor) será exercida na direção determinada pela composição das forças relativas efetuadas no sentido para baixo e para fora. Quanto mais alta a cabeça, mais difícil é conseguir-se a tração axial. À medida que a cabeça distende o períneo e o occipital passa sob a sínfise, a direção da tração muda para seguir um plano curvo para frente e para cima. Elevam-se gradativamente os cabos e corrige-se esta

decomposição das forças, até o momento da deflexão. Os cabos não devem ser elevados em um plano superior a aproximadamente 45 graus em relação ao plano horizontal, para evitar-se lesões na parte posterior da vagina e períneo. A força empregada na tração deve ser a menor possível para se conseguir a descida. O obstetra nunca deverá apoiar os pés na mesa de parto. Deve-se segurar os cabos do fórcepe sem que eles sejam pressionados um contra o outro, para que não haja compressão da cabeça do feto. Este cuidado é essencial para que a compressão do encéfalo do feto pelo fórcepe seja minimizada: o ponto de tração é o mento e as colheres tendem a se afastar na região dos parietais. Entre as contrações uterinas o fórcepe pode ser desarticulado, sendo rearticulado antes da próxima tração. Deve-se monitorar os batimentos cardíacos do feto entre as contrações uterinas.

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). Se houver resistência à remoção das colheres o parto pode ser terminado com uma ou as duas colheres aplicadas, não se devendo tentar removê-las com força.

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

Particularidades nas variedades de posição posteriores

A técnica geral de aplicação dos fórcepes clássicos é utilizável nas variedades de posição posteriores (ODP e OEP), com algumas particularidades¹⁰. A aplicação

¹⁰ Os fórcepes com pedículos sobrepostos (tipo Elliot) são mais adequados para esta eventualidade, mas o fórcepe de Simpson ou o de Kielland também podem ser usados. O fórcepe de Kielland, porém, não é adequado para o desprendimento por não possuir curvatura perineal, devendo ser utilizado um modelo clássico para desprender a cabeça do feto.

do fórcepe clássico deve ser feita como nas variedades anteriores. A variedade de posição ODP é considerada como se fosse OEA e a OEP como a ODA, sendo as colheres aplicadas de acordo com a técnica descrita. Durante a articulação, os pedículos devem ser abaixados em direção à pequena fontanela em vez de elevados. Na verificação de pegada, a pequena fontanela deverá estar a no máximo um dedo transversal abaixo e não acima do plano dos pedículos, e os outros pontos de verificação são semelhantes. Após a aplicação, deve-se decidir se a extração será feita em OS ou em OP. A rotação para OS somente deve ser escolhida se não for conseguida a rotação para OP.

Para a **extração em OP** será necessária ampla rotação da apresentação (manobra de Scanzoni modificada). Após a aplicação, abaixamento dos pedículos em direção à pequena fontanela e verificação da pegada, flete-se a apresentação com elevação dos cabos do fórcepe em direção ao centro do canal do parto e procede-se à rotação da apresentação, sempre cuidando de efetuar um amplo arco com os cabos para que as pontas das colheres não traumatizem a vagina. A rotação pode ser feita para uma variedade de posição oblíqua anterior ou para OP, dependendo da facilidade ou dificuldade encontrada. Após a rotação, a ponta das colheres e as curvaturas pélvica e perineal estarão voltadas para baixo. A extração do feto não poderá ser feita com o fórcepe nesta posição, pois poderá haver trauma perineal materno. O fórcepe deve ser desarticulado e retirado, em direção posterior. O desprendimento poderá ocorrer espontaneamente ou poderá ser necessária a reaplicação do fórcepe para a tração e extração. Neste caso, a colher anterior é removida primeiro, com um movimento para baixo e reinserida entre a cabeça e a colher que ainda está posicionada. A seguir a colher que serviu como guia é retirada e reaplicada na posição correta. A pegada é verificada e a rotação e extração efetuadas.

Para a **extração em OS**, roda-se a apresentação 45 graus, colocando-se o occipital em direção ao sacro. Esta extração costuma implicar em maior esforço de tração e na necessidade de manter a apresentação um pouco defletida. Durante o desprendimento, flete-se a apresentação com apoio da região médio-

frontal ou da glabella sob a sínfise púbica (hipomóclio). Se a região médio-frontal for usada como ponto de apoio é necessário um movimento de abaixamento e elevação dos cabos do fórcepe durante o desprendimento. Se o ponto de apoio for a glabella, basta elevar-se o fórcepe. O desprendimento em OS, seja espontâneo ou instrumental, é mais difícil, demorado e com maior chance de traumatismo para o períneo.