

# O Parto na Apresentação Pélvica

**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*

Classificação

Diagnóstico

Mecanismo do parto

- Mecanismo do parto da cintura pélvica

- Mecanismo do parto da cintura escapular

- Mecanismo do parto da cabeça derradeira

Conduta no parto pélvico

- Cesariana

- Parto pélvico transvaginal

  - Período de dilatação

  - Cuidados gerais no período expulsivo

  - Assistência ativa à expulsão eutócica (M. de Bracht)

  - Manobras para auxiliar o desprendimento dos ombros

  - Manobras para auxiliar o desprendimento da cabeça

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 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 se impor pela precipitação do processo da parturição.

### **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 1)<sup>1</sup>. 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.

---

<sup>1</sup> 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.

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 retardado, 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 ultrasonografia ou pelo Raio-X 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” (plano irregular e menos resistente). Em caso de dúvida, pode-se exercer pressão no fundo uterino, com a qual o feto se flexiona, tornando o plano dorsal mais acessível (manobra de Budin). 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 evidência 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<sup>2</sup>.

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 direta em apresentação pélvica incompleta, modo de nádegas, persistindo o dorso anterior, caracteriza-se a distócia 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

---

<sup>2</sup> A presença de um pé na vagina não é achado exclusivo da apresentação pélvica. Pode tratar-se de apresentação cefálica com procidência do membro inferior. Neste caso, mediante um toque mais profundo, se reconhece a cabeça fetal.

Também deve-se pensar na possibilidade de situação transversal do feto com descida de um membro inferior, o que é comum nas variedades de posição com o dorso superior da apresentação córmica.

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 descida é lenta nas primíparas porque a nádega, macia, não pode forçar sua passagem tão firmemente no canal do parto quanto a cabeça. Na apresentação cefálica, as porções superiores da vagina, o colo uterino e os tecidos conectivos pélvicos já estão preparados pela acomodação do pólo cefálico mais profundamente na pelve materna durante as últimas semanas da gravidez. 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<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> O desprendimento é mais fácil na apresentação pélvica completa (pelvipodálica) que na pélvica incompleta (simples).

Nesta última, os membros inferiores estendidos ao longo do corpo do feto funcionam como verdadeiras talas, prejudicando a flexibilidade do tronco e conferindo característica de bloco rijo, cuja forma não se adapta bem à curvatura do trajeto.

**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 antero-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 2).

### ***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.

**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.

---

Também nesta circunstância, o pólo pélvico de menor volume prepara imperfeitamente os tecidos moles maternos, o que atrasa e dificulta a passagem das espáduas e cabeça.

**Desprendimento:** A espádua anterior é a primeira a aflorar à vulva. Após a retropulsão do coccige sai, em seguida, a posterior (Figura 3). 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 (bitrocanteriano 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 frente e, por último, o occipital (Figura 3).

### ***Mecanismos incomuns***

Ocasionalmente, o mecanismo de parto na apresentação pélvica evolui de forma diferente da descrita anteriormente. Algumas irregularidades no mecanismo de parto podem colocar em risco a higidez do feto<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> A **rotação posterior do dorso fetal** pode ser secundária à assistência inadequada pelo obstetra, tanto por tração precoce no tronco como por inadvertida interferência no mecanismo natural. Se o dorso não rodar para diante, mas para o sacro, o feto desce com o abdome voltado para o pube materno. Geralmente, as forças naturais são insuficientes para desprender a criança nesta posição, sendo necessária a intervenção do obstetra. A natureza pode, no entanto, completar o parto forçando as espáduas no diâmetro transverso, com os ombros e os braços se desprendendo por trás do pube, e havendo mais tarde a rotação do dorso para anterior. Se não houver a rotação anterior do dorso, a cabeça terá dificuldades para se desprender, podendo haver interrupção da expulsão. Frequentemente sucede-se, aí, a deflexão da cabeça, implicando em dificuldade ainda maior na expulsão. Três mecanismos podem ocorrer para o desprendimento da cabeça derradeira com o dorso em posterior, relacionados com o grau de flexão da cabeça:

- 1) Cabeça defletida - O mento prende-se acima do pube. Auxílio artificial é necessário, forçando a elevação do feto para o desprendimento do occipital, vertex e frente, com o pescoço sendo o centro da rotação.
- 2) Cabeça fletida - A raiz do nariz coloca-se sob o pube, com desprendimento do pescoço, occipital e vertex e posterior desprendimento da face.
- 3) Cabeça bem fletida, com o mento acolado ao esterno - Pode ocorrer rotação anterior do occipital tardiamente de forma natural.

## Conduta no parto pélvico

### **Cesariana**

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, em que o risco de morte materna por sepse puerperal, em relação ao parto transpélvico, está aumentado em até 60 vezes (Rezende J.: *Versão. Operação cesariana*. In \_\_\_\_\_ Obstetrícia, 8a. Ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998).

Entretanto, em algumas condições parece haver consenso quanto à indicação da cesariana na apresentação pélvica com feto viável:

- Vício pélvico;
- Feto grande (peso > 3500-4000 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);
- Má formação 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).

---

A **extensão de um ou ambos os braços**, também chamada de “braços rendidos”, costuma ser secundária a trações mal conduzidas durante o parto. Soma-se nesta situação, ao volume do pólo cefálico, o volume dos braços. A natureza não pode terminar estes partos satisfatoriamente.

Eventualmente, após o desprendimento da pelve, o dorso roda para o outro lado da pelve materna, descrevendo uma **rotação exagerada**. Neste caso, o resto do feto pode se desprender com o dorso no lado oposto ao que estava quando houve a insinuação do pólo pélvico. O mecanismo adequado é então reassumido.

Nos casos de **prolapso do membro inferior** o mecanismo irá variar. Em qualquer parto, a tendência natural é que a parte mais baixa da apresentação apoie-se sob o arco púbico. Assim sendo, se a perna anterior estiver prolapsada, a pelve fetal escorrega sem dificuldades no desprendimento. Se houver prolapso da perna posterior, há a tendência de rotação do dorso para transformar a coxa posterior em anterior e seguir o mecanismo mais favorável.



- Má dinâmica uterina (discinesia) e parto protraído, não corrigível com o tratamento adequado.

A via vaginal pode ser aceita quando estão ausentes todos os fatores descritos acima. 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. Durante a cesariana, é necessária a extração podálica completa. Para exteriorizar o pólo pélvico, o obstetra deve apreender a pelve fetal, por uma ou, preferentemente por ambas as espinhas ilíacas ântero superiores. O pólo pélvico é então seguro com ambas as mãos: polegares na face posterior da coxa e os demais dedos sobre o sacro. Em seguida, o dorso fetal deve ser levado em direção ao ventre materno (sentido cefálico) reproduzindo manobra semelhante à de Bracht, descrita mais adiante. Terminada a extração, o recém nascido estará deitado de costas sobre o ventre materno, em sentido contrário. A extração inadequada do feto durante a cesariana, por si só, carrega riscos intrínsecos que poderão ser iguais ou mesmo superiores aos riscos do parto vaginal assistido.

## **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 maiores 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.

Obstetra experiente e adequadamente treinado no parto pélvico por via vaginal deverá estar presente, com conhecimento das manobras e procedimentos para a

resolução de distocias possíveis no período expulsivo. Também deverá estar presente um auxiliar e equipe de enfermagem, pediatria e anestesia.

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 anestesia loco-regional do períneo geralmente é suficiente nos casos de parto pélvico não complicados, sendo até aceitável anestesia mais superficial que tem a vantagem de não afetar o reflexo expulsivo

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.

A avaliação da progressão da dilatação, descida da apresentação e dinâmica uterina é essencial no planejamento da via do parto. O progresso satisfatório do trabalho de parto é o melhor indicativo da adequação pélvica. É muito freqüente 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. Classicamente, não será mais possível optar-se pela cesariana a partir do momento em que o pólo pélvico houver se desprendido<sup>5</sup>.

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.

---

<sup>5</sup> Existem alguns relatos de manobra de Zavanelli exitosa (re-introdução do pólo pélvico e operação cesariana de emergência) na apresentação pélvica. Entretanto este procedimento é de indicação extremamente controversa.

### ***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. A possibilidade do cordão umbilical estar totalmente ocluído é de ocorrência infreqüente, e a duração média dos partos vaginais é de 60 segundos após o desprendimento da pelve.

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 4).

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 desprendimento 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 eutócica. Manobra de BRACHT exitosa.***

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 por 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 transversal. 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 anteroposterior, 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 5).

Foi idealizada para ser aplicado ao parto pélvico que evolui de forma fisiológica, em paciente com pelve normal, partes moles elásticas, boa dinâmica uterina, estando o feto vivo, com os braços cruzados sobre o tórax. Pode utilizar-se tanto para a apresentação pélvica completa quanto para a incompleta, modo de nádegas.

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.

**Tabela 1 – Ordem das manobras para a liberação dos braços**

---

Desprendimento “in situ”

Rotação axial do feto (Manobras de Lövset e de Rojas)

Manobra oscilatória de Deventer-Müller

Manobra de Pajot

---

As dificuldades no desprendimento dos ombros são originadas pela deflexão dos braços (braços rendidos). O obstetra deve conhecê-las e saber saná-las rapidamente. O levantamento dos braços é observado muito raramente nos partos espontâneos, pois as contrações uterinas e a prensa abdominal mantêm os braços em sua atitude fisiológica. Uma das principais causas da deflexão dos braços é a tração intempestiva, precoce, efetuada sem indicação e no intervalo das contrações uterinas. Quando se nota resistência após o desprendimento das nádegas e de parte do tronco, é necessário investigar a causa. Deve-se evitar o pânico, investigando a posição dos braços. Será contraproducente seguir extraíndo o tronco, o que poderá levar a impactação dos braços e da cabeça. Pode ser útil elevar-se um pouco o feto para cima, a fim de liberar os braços da

ação de cunha da cabeça. As manobras para auxílio ao desprendimento dos braços não deverão ser tentadas antes do ângulo inferior da escápula se tornar visível.

**Desprendimento dos braços “in situ”:** o braço posterior é desprendido sobre a face anterior do sacro e o anterior sob a sínfise púbica. Se o procedimento for adotado após a manobra de Bracht, os braços serão desprendidos lateralmente. A condição principal é que os braços estejam bem flexionados sobre o tórax, portanto, facilmente acessíveis. O indicador e o dedo médio devem ser aplicados ao longo do úmero, e o polegar na axila, se fazendo descer o braço pelo plano esternal (Figura 6). Se os braços conservam sua atitude fisiológica, não importa qual será desprendido primeiro. Geralmente os braços se desprendem com facilidade.

**Manobras de ROTAÇÃO AXIAL DO FETO (Lövset e Rojas):** Na rotação axial o feto é apreendido pela cintura pélvica e submetido a um tríplice movimento simultâneo, de rotação sobre seu eixo, leve tração contínua e “translação”. Cada uma das mãos do operador apreende uma das coxas do feto ficando os polegares sobre a região para-sacral. O movimento é helicoidal e a rotação se faz no sentido do dorso. Desta forma, o braço posterior desce o bastante para ser facilmente desprendido sob a sínfise púbica. O feto é novamente rodado em sentido oposto para o desprendimento do outro braço, também sob a sínfise púbica.<sup>6</sup> O objetivo é de transformar o braço posterior em anterior, para desprendê-lo sob a sínfise, repetindo-se a manobra com o outro braço (Figura 7).

Quando o feto é muito prematuro ou apresenta hipotonia muscular por asfixia, a rotação axial não é fácil de executar. Nessas circunstâncias é preferível rodar o feto pela cintura escapular.

---

<sup>6</sup> O princípio das manobras de Lövset e de Rojas é o mesmo, diferindo apenas no grau de rotação do feto, até 180 graus na primeira e mais de 180 graus na segunda. Embora ambas as manobras não apresentem diferenças que justifiquem a nomenclatura diversa, é conveniente assim denominá-las para caracterizar a maior ou menor complexidade da manipulação.

**Manobra oscilatória de Deventer-Müller:** consiste em fazer encaixar assincleticamente os ombros, o que se consegue através de movimentos alternados de abaixamento e elevação do tronco fetal, ou seja, movimentos pendulares. Desta forma, o diâmetro biacromial é substituído pelo coloacromial, que é menor.

O operador, após observar para que lado gira o dorso, apreende o pólo pélvico com ambas as mãos, colocando os polegares sobre o sacro e os outros dedos rodeando as coxas. Traciona energicamente as nádegas para baixo, quase verticalmente (Figura 8), enquanto um auxiliar comprime o útero. O ombro anterior se encaixa e a raiz do braço correspondente aparece sob a sínfise. Se o braço não sair espontaneamente, auxílio digital o fará.

Em seguida, enquanto o pescoço se apoia sob a sínfise e constitui ponto de rotação, o operador eleva fortemente o tronco fetal, mantendo exatamente o plano sagital. O ombro posterior percorre a concavidade sacra e se desprende. Por vezes não se consegue descer o ombro anterior, circunstância em que se deve elevar o feto e tentar desprender primeiro o ombro posterior pela elevação do feto.

**Manobra de Pajot:** Esta manobra é útil para liberar os braços elevados adiante ou por trás da cabeça (braço nugal). Introduce-se toda a mão na vagina, ao nível da chanfradura sacro-ciática da bacia. Os dedos indicador e médio, estendidos, são aplicados sobre a face interna do braço, como se fossem talas. Devem atingir a prega do cotovelo. O polegar deve se localizar sobre a face interna do braço ou no oco axilar. Abaixa-se o braço, fazendo-o executar lentamente um movimento circular concêntrico no sentido da flexão, sem contrariar o jogo normal das articulações, ou seja, o braço não deverá ser dirigido para a nuca. O antebraço e a mão do feto percorre, então, a superfície externa da face, com movimento semelhante ao assoar o nariz. Os dedos não deverão ser utilizados como ganchos, para não expor o úmero e a clavícula a fraturas (Figura 9).

Situações especialmente difíceis na extração dos ombros são o braço anterior inacessível, e o dorso posterior<sup>7</sup>

### ***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 retida no estreito superior pode ser devido a desproporção com ou sem anomalias congênicas ou a falha em manter-se o dorso fetal bem orientado para cima durante o parto.

**Tabela 2 – Ordem das manobras para o desprendimento da cabeça derradeira**

---

Manobra de Liverpool, associada à manobra de McRoberts

Fórcipe

Manobra de Mauriceau, simples ou associada ao fórcipe

Manobra de Wiegand-Martin-Winckel

Manobra de Champetier de Ribes

---

---

<sup>7</sup> Se o braço anterior for inacessível, pode-se converter o braço anterior em posterior e, após, liberá-lo. Nesta eventualidade, é preferível rodar o feto passando o dorso por trás, segundo a **manobra de BAR**. Se essa rotação for efetuada passando-se o dorso anteriormente, o braço apresenta tendência de colocar-se atrás da cabeça fetal (braço nugal). Apreende-se o feto pela cintura escapular, levando-se o dorso para trás e depois elevando-se o feto em direção à a prega inguinal oposta da parturiente. Desprende-se então o braço posterior, de forma semelhante à manobra de Pajot.

Estando o dorso voltado para trás e quando difícil ou desaconselhável a torção axial, sugere-se a **manobra da MÃO ANTÔNIMA** ou da **mão falsa**. Para abaixar-se o braço direito, o operador levanta o feto com a mão direita pelos pés, introduz a mão esquerda na chanfradura sacro-ciática direita e procura contornar o ombro direito. Nesta ocasião o feto é abaixado de maneira a permitir que a mão interna possa ter franco acesso ao braço, o qual é abaixado facilmente sobre o tórax exteriorizado. Manobra semelhante é realizada para o braço esquerdo.



**Manobra de LIVERPOOL, associada à manobra de McROBERTS: Primeira parte** - O tronco do feto é deixado pender das vias genitais durante 20 segundos, com a finalidade de favorecer a flexão e descida da cabeça. **Segunda parte** - Quando a nuca desce o suficiente para tornar visível a raiz do couro cabeludo, o feto é levantado pelos pés, exercendo-se leve tração contínua, de maneira que a cabeça venha a girar em torno da sínfise púbica, desprendendo-se o queixo, a face e, finalmente, a fronte e o occipital (Figura 10).

A manobra de McRoberts consiste simplesmente na hiperflexão das coxas da parturiente sobre o ventre. Desta forma, a coluna lombar materna é alinhada, reduzindo a lordose lombar e lombossacra e removendo o promontório como ponto de obstrução da entrada da pequena bacia. Adicionalmente, a manobra remove o peso sobre o sacro, permitindo que a bacia atinja sua dimensão máxima, e traz o estreito superior para o plano perpendicular ao eixo do útero. Estes fatores podem facilitar o desprendimento da cabeça derradeira, e mesmo dos braços na apresentação pélvica.

**Aplicação do fórcepe:** Se a cabeça não se desprender com as manobras descritas anteriormente, a melhor opção a seguir será a aplicação do fórcepe, que deverá estar à mão na mesa de parto, sempre que se decide pela via vaginal. O fórcepe de Piper (Figura 11) foi desenhado especialmente para o auxílio ao desprendimento da cabeça derradeira, possuindo longos pedículos, o que facilita a aplicação e extração do feto. Na ausência deste, pode-se recorrer ao fórcepe de Simpson. A técnica de aplicação é simples, e a tração se faz geralmente sem maiores dificuldades. Um auxiliar eleva os pés do recém-nascido, enquanto se aplicam os ramos esquerdo e direito do fórcepe, passando-os por baixo do tronco fetal. A pegada deve ser simétrica, com o grande eixo das colheres coincidindo com o grande eixo da cabeça. A tração é exercida a princípio para baixo, até que a região suboccipital se coloque sob a sínfise, elevando-se gradualmente os cabos do instrumento para o desprendimento da cabeça<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Para a extração da cabeça derradeira em occipito posterior com o fórcepe, deve-se observar se a boca está acessível ou inacessível. Quando é inacessível, aplica-se o fórcepe por baixo do corpo do feto, que é levantado ao máximo na direção do ventre materno. Quando a boca é acessível o fórcepe é aplicado por cima do corpo do feto, suficientemente abaixado e seguro pelos pés.

**Manobra de Mauriceau:** Tem o objetivo de flexionar o pólo cefálico, acomodá-lo ao estreito superior no sentido anteroposterior e desprendê-lo. (Figura 12). O corpo do feto é posto a cavalgar o antebraço do operador. Os dedos médio e indicador (ou somente o médio) são introduzidos profundamente na boca do feto, pressionando a base da língua ou toda a borda alveolar inferior, flexionando a cabeça. O indicador e dedo médio da mão oposta (dorsal), estendidos, apreendem, em forquilha, o pescoço do feto, apoiando-se sobre as clavículas (a pressão nas fossas supra-claviculares pode lesar o plexo braquial). A ação conjugada dos dedos introduzidos na boca e da mão externa procura fletir a cabeça, trazendo o mento ao contato do manúbrio, ao mesmo tempo em que roda o occipital e o dorso para diante, tracionando para baixo sobre as espáduas. A tração deve ser feita principalmente pela mão aplicada sobre os ombros, e não pelos dedos introduzidos na boca. O surgimento da região suboccipital sob a arcada púbica indica o levantamento do corpo do feto, impulsionado pelo antebraço. A liberação da cabeça se fará suavemente com tração leve, auxiliada por pressão abdominal a cargo de um auxiliar.

A manobra de Mauriceau é indesejável se houver resistência maior a vencer, pelo seu potencial traumático. Quando for de execução fácil, conduzindo a cabeça com suavidade pelo canal do parto, pode ser desnecessária, mas não apresenta inconveniente.

**Manobra de Wiegand-Martin-Winckel:** Esta manobra destina-se a cabeças retidas no estreito superior, quando não se disponha de auxiliar, para os casos menos difíceis (Figura 13). Oferece a vantagem de ser menos traumática que a de Champetier de Ribes, por não se exercerem trações nos ombros. Dois dedos da mão sobre a qual o corpo do feto está cavalgado se introduzem na boca do feto, à maneira da manobra de Mauriceau. Com a mão livre, o operador exerce pressão sobre a cabeça, através da parede abdominal. A cabeça é mantida bem fletida, descida à escavação em transversa, rodada e desprendida.

**Manobra de Champetier de Ribes:** A manobra de Champetier de Ribes, igualmente se destina a cabeças retidas no estreito superior. Deve ser efetuada com cuidado e paciência e requer a colaboração de dois auxiliares que atuam em sincronismo com o operador, para conseguir-se a insinuação assinclítica do diâmetro biparietal (Figura 14). O operador, com a mão ventral agindo sobre a

mandíbula e a dorsal, com dois dedos em fúrcula na base do crânio (anulando assim a articulação da cabeça com a coluna)<sup>9</sup>, flexiona a cabeça e a dispõe em transverso, cavalgando com a nuca a linha inominada. Em seguida, o operador e auxiliares executam os seguintes movimentos sincrônicos: a) O primeiro auxiliar empurra a frente do feto através da parede abdominal, na direção do eixo do estreito superior. b) O segundo auxiliar eleva o corpo do feto, segurando-o pelos pés, onde exerce leve tração contínua, a princípio na direção do eixo do estreito superior. c) O operador aumenta a flexão agindo sobre a mandíbula e, com a mão que fúrcula o pescoço, exerce pressão sobre sua porção mais alta, ou sobre a própria base do crânio, de baixo para cima, na direção da sínfise púbica.

Nessas condições, o feto constitui um todo inteiro e, ao ser levantado da maneira descrita, sua bossa parietal posterior roda em torno do promontório e penetra na escavação. Manobra inversa, de cima para baixo, promove a descida da bossa parietal anterior (movimento de bomba)<sup>10</sup>.

### **Manobras para o desprendimento da cabeça derradeira em occípito posterior**

A rotação do dorso do feto para posterior geralmente ocorre por falha na assistência ao parto, e dificilmente a natureza poderá corrigir este erro. Estando a boca do feto acessível, aconselha-se o uso da manobra de **MAURICEAU INVERTIDA**. Se a boca for inacessível, estará indicada a manobra de **PRAGA INVERTIDA** (Figura 15). Nesta, os pés do feto são elevados com uma mão, enquanto os dedos da outra mão apreendem os ombros, por baixo. Exerce-se tração para frente, até que o maxilar inferior e o pescoço se apoiem sobre a borda superior da sínfise. Eleva-se cada vez mais o tronco do feto em direção ao abdome materno. Qualquer das duas manobras pode ser substituída pelo fórcepe.

---

<sup>9</sup> Na manobra original as pressões exercidas sobre o pescoço do feto são em sua base. Corrêa da Costa (1962) recomenda que se atue sobre a sua parte mais alta ou sobre a base do crânio, em vista da tendência do pescoço a infletir-se lateralmente, deixando, no caso, de transmitir à cabeça o movimento desejado.

<sup>10</sup> A manobra como descrita acima se destina a bacias chatas (platipeloides). Em bacia normal ou regular e igualmente estreitada, a cabeça pode ser orientada em oblíquo posterior.

