

PROTOCOLO

HUAB/UFRN/EBSERH

Protocolo de Distocia de Ombro (DO)

Versão: 1º | 2025

1. OBJETIVO

Instituir o protocolo de distocia de ombro durante o trabalho de parto vaginal, visando melhorar a assistência ao parto e nascimento de forma respeitosa e baseada em evidências.

2. INTRODUÇÃO

A distocia de ombro (DO) é uma emergência obstétrica caracterizada pela necessidade de manobras tococirúrgicas adicionais à suave tração descendente, exercida para desprendimento dos ombros fetais (manobra cabeça-ombro). Os profissionais envolvidos na assistência ao parto devem estar preparados para reconhecer o evento e imediatamente executar uma sequência de manobras que permitam a sua correção em tempo hábil ¹

3. FISIOPATOLOGIA

A DO ocorre quando há falha na rotação normal dos ombros durante o parto, especialmente na entrada do diâmetro biparietal na pelve. Essa falha pode ser influenciada por diversos fatores, como a resistência entre a pele fetal e as paredes vaginais, partos rápidos ou o tamanho do tórax fetal em relação ao diâmetro biparietal¹.

Durante a descida, os ombros podem ficar alinhados no diâmetro anteroposterior da pelve, em vez de o ombro posterior descer na frente do anterior, como normalmente ocorre. Isso torna o diagnóstico da DO bastante **subjetivo**, com a gravidade muitas vezes revelada pela falha da manobra cabeça-ombro e pela retração da cabeça fetal (sinal da tartaruga). A necessidade de várias manobras para resolver a distocia e a ocorrência de lesões em mãe e bebê são indicadores importantes da gravidade da situação¹.



Fonte: FEBRASGO

4. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇA (CID) RELACIONADOS À SAÚDE

O32 - Assistência prestada à mãe por motivo de apresentação anormal, conhecida ou suspeitada, do feto².

O33 - Assistência prestada à mãe por uma desproporção conhecida ou suspeita².

O34 - Assistência prestada à mãe por anormalidade, conhecida ou suspeitada, dos órgãos pélvicos maternos².

O35 – Assistência prestada à mãe por anormalidade e lesão fetais, conhecidas ou suspeitadas².

O62 - Anormalidades da contração uterina².

O63 - Trabalho de parto prolongado².

O64 - Obstrução do trabalho de parto devida à má posição ou má apresentação do feto².

O65 - Obstrução do trabalho de parto devida à anormalidade pélvica da mãe².

O66 - Outras formas de obstrução do trabalho de parto².

O94 - Sequelas de complicações da gravidez, parto e puerpério².

5. INCIDÊNCIA

Incidência global por faixa de peso fetal
0,2 a 3% dos partos ocorrem DO, sendo crescente de acordo com o peso fetal;
0,3-1% dos partos com feto de 2500 a 4000g
5-7% dos partos com feto de 4000 a 4500g
Taxa de recorrência nas próximas gestações de 7,3-25%

Fonte: Guia do Episódio de Cuidado do Albert Einstein, 2022

Relação com peso fetal e diabetes materno
> 4000g sem diabetes: 5%
> 4000g com diabetes: 15%
> 4500g sem diabetes: 10%
> 4500g com diabetes: 42%

Fonte: Revisão de AMORIM, MMR et al. 2013

6. FATORES DE RISCO

- Peso fetal
- Multiparidade
- Distócia de ombro prévia
- Macrossomia Fetal
- Diabetes Materna
- Pós-datismo

- Partos instrumentais
- Restrição da parturientes ao leito

7. DIAGNÓSTICO CLÍNICO OU SITUACIONAL

O diagnóstico da DO pode ser **clínico** ou **situacional**, o evento fica mais evidente diante da falha da manobra cabeça-ombro e/ou da retração da cabeça fetal sobre o períneo, determinada pela tração reversa do ombro impactado na entrada da pelve (sinal da tartaruga). Critérios mais objetivos, tais como intervalo superior a 60 segundos entre o desprendimento da cabeça e dos ombros, ainda necessita de estudos de avaliação, tanto para o diagnóstico quanto para a previsão de resultados neonatais adversos, ainda há necessidade de mais estudos para validar esses critérios. A abordagem cuidadosa e a identificação precoce são cruciais para a segurança materna e neonatal durante o parto.¹

8. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (2022), a assistência ao parto de risco habitual, que se mantenha dentro dos limites da normalidade, pode ser realizado por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica ou obstetriz, sendo necessário quando o enfermeiro obstetra se deparar com uma DO iniciar manobras até a chegada do médico. **TODA** equipe que atua em sala de parto deve ser treinada para resolução de DO. A atuação organizada da equipe e o sequenciamento rápido e hábil das manobras de delivramento são imprescindíveis evitando assim as complicações maternas perinatais.

9. TEMPO DE TRATAMENTO/RESOLUÇÃO - REGRA DO 7 MINUTOS

Uma vez feito o diagnóstico o desprendimento do corpo, ou seja, o nascimento do concepto, deve ocorrer dentro dos sete minutos subsequentes, o que irá reduzir significativamente o risco de asfixia perinatal e morte perinatal. A medida do tempo de nascimento nos casos não complicados de DO é de um minuto e a maior parte dos casos de depressão neonatal acontece com um tempo entre desprendimento da cabeça e do corpo maior do que quatro minutos³.

10. CONDUTAS PARA RESOLUÇÃO (PROPOSTA DO USO DE MNEMÔNICOS E OPINIÕES DE ESPECIALISTAS):

- **ALEERTA:** Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO);
- **A SAÍDA** (Amorim et al);
- **FlipFLOP** (Gail Tully);
- **ABORDAGEM SITUACIONAL** (ALEMÃ).

11.1 ALEERTA - PARA MULHERES EM POSIÇÃO SEMI-SENTADA

A	Chamar Ajuda; Avisar a parturiente; Anestesista a postos
L	Levantar os membros inferiores em hiperflexão (manobra de McRoberts)
E	Pressão suprapúbica externa (manobra de Rubin I)
E	Considerar episiotomia
R	Remover o braço posterior
T	Toque para manobras internas (Rubin II, parafuso de Woods, Woods reversa)
A	Alterar a posição para quatro apoios (manobra de Gaskin)

Fonte: FEBRASGO, 2022.

A: Ajuda/Alerta: Outro obstetra, enfermeira, neonatologista, anestesiolista. Avisar a parturiente, Anestesista a postos⁹.

- Checar condições cirúrgicas do centro obstétrico e material de ressuscitação neonatal.
- Paciente deverá ser desencorajada a realizar puxos.
- Posicionar a paciente com as nádegas rente à borda da cama ou maca.
- Consiste na flexão das coxas maternas sobre o abdome, aumentando o diâmetro ântero-posterior da pelve e diminuindo a lordose lombo sacra. Eficácia de 40% quando usada isoladamente e de 50% quando associada à pressão supra púbica.

L: Levantar as pernas em hiperflexão (Manobra de McRoberts)⁹:

- Flexionar as coxas maternas sobre o abdome, aumentando o diâmetro anteroposterior da pelve e diminuindo a lordose lombosacra. Eficácia de 40% quando usada isoladamente e de 50% quando associada à pressão supra-púbica.



Manobra de McRoberts. Fonte: MEAC, 2023

E: Externa: Pressão supra-púbica (Manobra de RUBIN I)⁹:

- Assistente posicionado do lado do dorso fetal fará uma pressão logo acima do púbis materno, empurrando a região posterior do ombro anterior para baixo e lateralmente, no sentido de descompactá-lo do púbis.
- Objetivo de reduzir o diâmetro biacromial e fazê-lo passar sob a sínfise.
- Atenção: Não fazer simples compressão vertical do ombro contra a sínfise, impactando-o contra a mesma. Isto apenas acarretará trauma materno-fetal.



Manobra de RUBIN I. Fonte: MEAC, 2023



Manobra de Mc Roberts + Rubin I Fonte: FEBRASGO, 2022

E: Episiotomia ⁹:

Apesar de estar no mneumônico, consideramos que a episiotomia **não** é útil para o tratamento da DO, uma vez que o problema está na impactação óssea contra a pelve óssea, e não um problema de partes moles.

- Contudo, pode ser útil a sua realização para garantir espaço para que as manobras internas possam ser realizadas. Se uma episiotomia não foi feita antes de se diagnosticar a distícia, é pouco provável que se consiga realizá-la com a dificuldade extra de uma cabeça fetal exteriorizada e a impactação do ombro anterior, porque além de tecnicamente mais complicada, implica em desperdício de tempo e com maior potencial de lesão fetal, sem diminuir risco de lesão de plexo braquial.

R: Retirada do braço posterior ⁹:

- Palpar o braço posterior até a fossa cubital e, ao fazer pressão nesta, o antebraço irá fletir sobre o braço, permitindo ao obstetra apreendê-lo, agarrar a mão fetal e puxá-la suavemente para fora, desprendendo o braço posterior e depois o ombro. Isto reduzirá o diâmetro biacromial e, então, o ombro anterior passará sob a sínfise púbica e sairá.



Retirada do ombro posterior. Fonte: MEAC, 2023

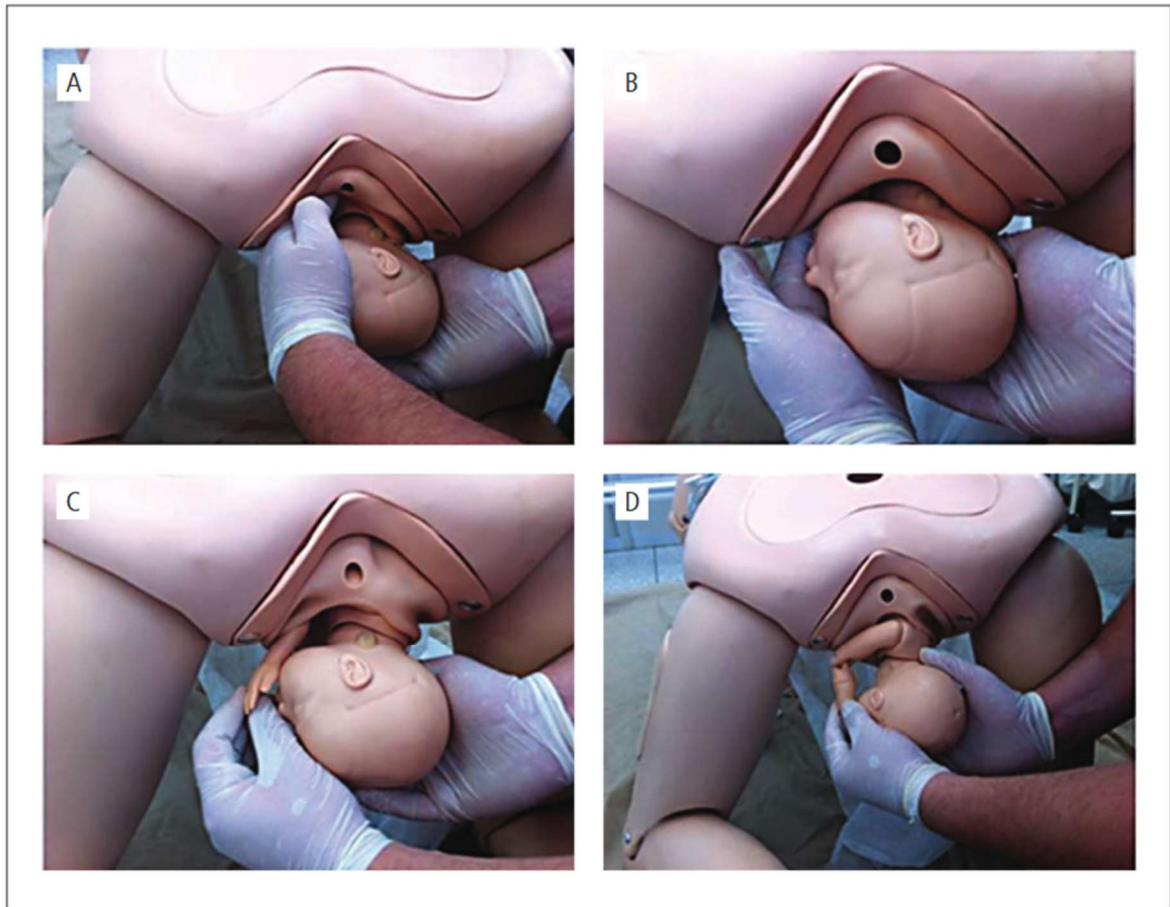


Figura 12 - Desprendendo o braço posterior.

Fonte: Amorim, et al., 2013.

T: Toque, manobras internas (Manobras de segunda linha) ⁹:

- Manobras que visam girar o ombro anterior nos planos oblíquos e sob a sínfise púbica. Nessas manobras avaliar a necessidade de episiotomia, conforme exposto.
- RUBIN II: abdução do ombro anterior (introduzem-se dois dedos na vagina e realiza-se compressão posterior no ombro anterior do feto empurrando-o em direção ao feto). Manter a manobra de McRoberts enquanto esta é executada.
- WOODS (parafuso): Usando-se as duas mãos, associa-se à manobra de Rubin II uma pressão bi-digital na face anterior do ombro posterior, aduzindo este ombro e ao mesmo tempo abduzindo o anterior, fazendo o feto rodar no sentido horário.
- WOODS INVERTIDA (reversa): Usando-se as duas mãos, faz-se pressão bi-digital na face anterior do ombro anterior e, ao mesmo tempo na face posterior do ombro posterior, objetivando rodar o feto no sentido anti-horário, desfazendo-se a impaction.



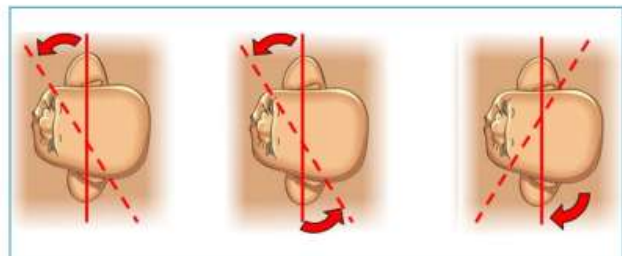
Figura 9 - Rubin II.



Figura 10 - Wood.



Figura 11 - Parafuso invertido.



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 9. Sequenciamento das manobras rotatórias internas de Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa

Fonte: Amorim et al., 2013; FEBRASGO, 2022.

A: Alterar a posição (Manobra de GASKIN)/QUATRO APOIOS⁹:

- Posicionar a paciente sobre os quatro membros, apoiada sobre as mãos e pernas.
- Aumenta a Conjugata Obstétrica em 1,0 cm. Liberar o ombro posterior com uma suave tração descendente.

OUTRAS MEDIDAS (MANOBRAS DE TERCEIRA LINHA) – QUANDO NENHUMA OUTRA ALTERNATIVA OBTEVE SUCESSO.

11.2 A SAIDA - PARA MULHERES EM POSIÇÃO VERTICAL³

A	Chamar Ajuda; Avisar a parturiente; Anestesiologista a postos; Aumentar o agachamento (manobra de McRoberts modificada)
S	Pressão suprapúbica externa
A	Alterar a posição para quatro apoios (manobra de Gaskin)
I	Manobras internas (Rubin II, parafuso de Woods, Woods reversa)
D	Desprender o braço posterior
A	Avaliar manobras de resgate

Fonte: FEBRASGO, 2022.

A: Ajuda/Alerta: Outro obstetra, enfermeira, neonatologista, anesthesiologista; Avisar a parturiente; Aumentar o agachamento.³

- Checar condições cirúrgicas do centro obstétrico e material de ressuscitação neonatal.
- Paciente deverá ser desencorajada a realizar puxos.
- Para pacientes que estejam parindo de cócoras, simplesmente aumentar o agachamento (**manobra de McRoberts modificada**). Isso aumenta a pelve funcional e sua relação com o diâmetro biacromial, facilitando a rotação interna do ombro anterior.

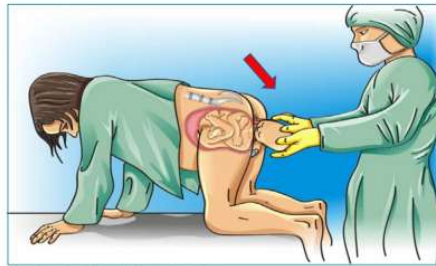
S: Supra-púbica: Pressão Supra-pública (Manobra de RUBIN I)³:

- A manobra aqui tem os mesmos objetivos anteriormente descritos.
- A pressão pode ser feita com o punho fechado - com a paciente ainda agachada em posição de cócoras ou com uma mão sobre a outra, como uma massagem cardíaca.
- A pressão deve ser feita por 30 segundos de forma contínua e, se não ocorrer o desprendimento, deve ser feita de forma intermitente.

A: Alterar a posição (quatro apoios ou posição de Gaskin)³:

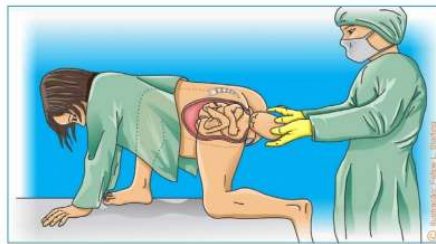
- Essa posição é por si só eficaz em reduzir a distócia em mais de 80% dos casos.
- Nessa posição, os diâmetros pélvicos aumentam. Além disso, a mudança de posição materna movimentava o conceito, desfazendo a impactação. Por isso, se a mulher estiver inicialmente na posição de quatro apoios, orientar a ficar de cócoras e, se não resolver, voltar para a posição de quatro apoios.

- **OPÇÃO: Posição de "Running Start" ou "Largada de corrida":** ainda na posição de quatro apoios, colocar uma das pernas à frente (preferencialmente a perna do lado em que se encontra o dorso fetal) ³.



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 7. Manobra de Gaskin



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 8. Posição de "largada de corrida"

Fonte: FEBRASGO, 2022

I: Internas: Manobras internas³

- As manobras internas realizadas são feitas da mesma forma descritas para o mneumônico ALEERTA, mantendo-se a parturiente na posição de quatro apoios.
- RUBIN II: Os dedos do assistente se colocam por trás do ombro anterior (no dorso fetal) e fazem uma pressão em direção ao tórax fetal, tentando promover a rotação do ombro anterior e redução do diâmetro biacromial.
- Obs: o ombro anterior é o que está impactado no púbis materno.
- WOODS (parafuso): Mantendo a mesma posição dos dedos da manobra de Rubin II, coloca-se os dedos da outra mão pela frente do ombro posterior e aplica a força na direção às costas do feto.
- Obs: o ombro posterior é o que está voltado para o sacro materno.
- WOODS INVERTIDA (reversa): Os dedos se colocam por trás do ombro posterior e a tração é feita em direção ao tórax fetal.

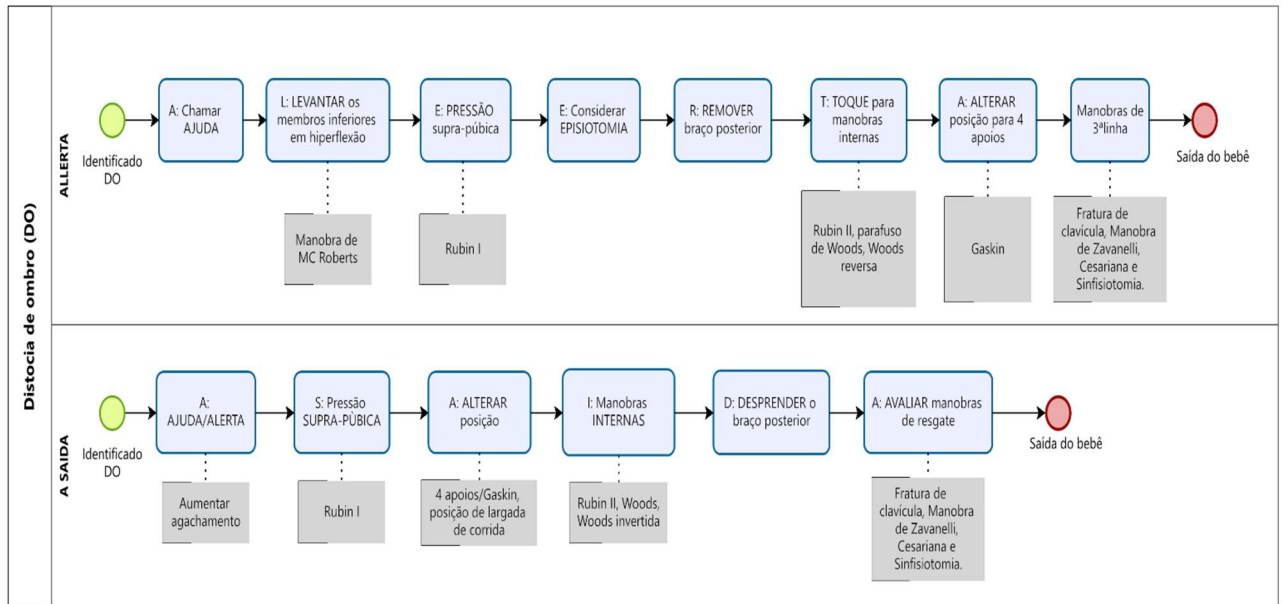
D: Desprender o braço posterior³:

- A técnica é semelhante àquela usada no mneumônico ALEERTA.

A: Avaliar manobras de resgate³

São manobras de exceção e com uso raro, sendo as mesmas descritas como manobras de terceira linha no ALEERTA: Fratura de clavícula, Manobra de Zavanelli, Cesariana e Sinfisiotomia.

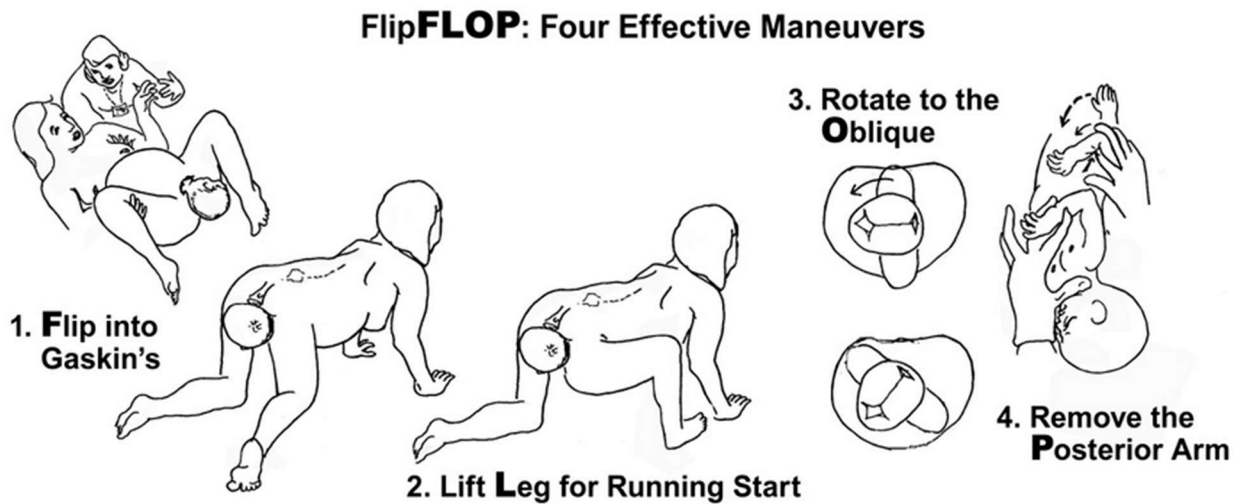
11.3 FLUXOGRAMA



11.4 FlipFLOP (Gail Tully)

Método desenvolvido pela parteira americana Gail Tully, que se baseia em duas técnicas obstétricas eficazes para uma solucionar adequadamente durante uma distócia de ombro¹¹.

De acordo com a descrição da técnica, o **"Flip"** significa virar a mulher para a posição de 4 apoios. Já o mnemônico **"FLOP"**, descreve as seguintes abordagens, após colocar a mulher em 4 apoios, deve-se levantar a perna que se encontra o dorso do feto em posição de *running start*, colocar os ombros em oblíquo e retirar o braço posterior. A seguir apresenta-se a figura do método.¹¹



Fonte: Tully, 2012.

Realizando uma tradução direita, temos o mnemônico “ALOR”, está descrito na figura abaixo produzida pelos próprios autores:

- **A L O R** (Português)



Fonte: Próprios autores

11.5 ABORDAGEM SITUACIONAL

Levando-se em conta que o parto pode acontecer em uma grande possibilidade de ambientes e posições e que se há uma variedade de ângulos que os ombros podem ficar impactados, uma abordagem diferente é pensar e agir além de um mnemônico. Quando uma distocia de ombro acontece, uma ou duas coisas precisam acontecer para liberar os ombros¹¹:

Alterar o tamanho e posição da pélvis (Mãe)

Deve-se incentivar a mãe a se movimentar e mudar de posição, a melhor posição dependerá da posição que a mulher já está. Às vezes, apenas o movimento para mudar de posição irá ajudar na saída do feto. Por exemplo¹¹:

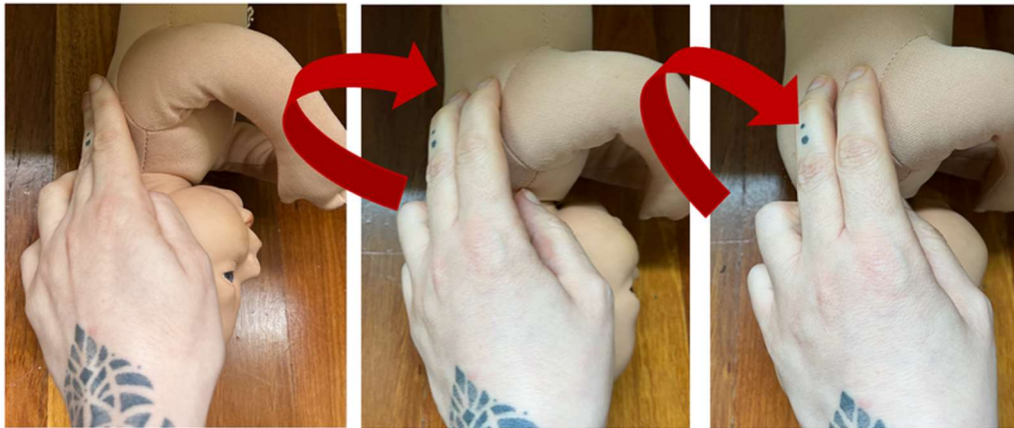
- Se estiver sentada em banqueta, realizar assimetria e/ou poderá se levantar e balançar o quadril¹¹;

- Se estiver na posição de quatro apoios, muda-se o apoio para reclinar sua posição, como um Gaskin reverso¹¹;

Possuem diversas maneiras em que pode-se mudar o tamanho e a posição da pelve, se possuir o conhecimento de onde o ombro está impactado, pode ajudar a descobrir quais movimentos funcionarão¹¹.

Alterar o tamanho e a posição dos ombros (bebê)

Deve-se priorizar as técnicas que tragam a adução dos ombros do bebê, tornando o diâmetro menor, como a rotação dos ombros.



Fonte: Reed, [S.I.]



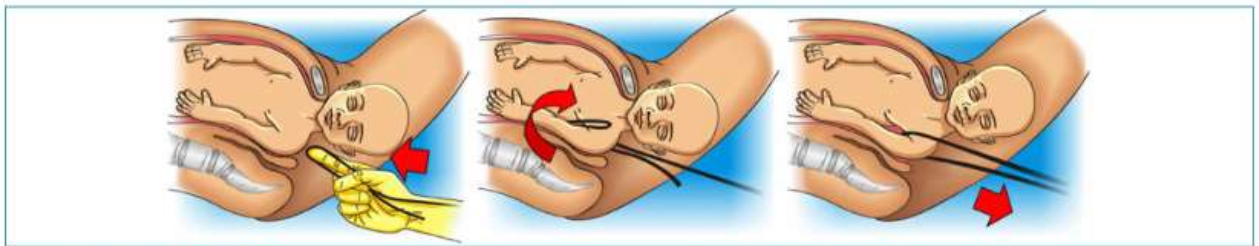
Fonte: Próprio Autor

12. MANOBRAS DE TERCEIRA LINHA OU DE RESGATE

As manobras de resgate estão associadas à maior morbimortalidade materno-fetal e devem ser utilizadas apenas quando todos os recursos anteriores foram tentados. A fratura da clavícula e a extração do ombro posterior com o auxílio de uma tipóia são manobras que podem ser tentadas imediatamente antes das manobras clássicas de última instância (Zavanelli, resgate abdominal e sinfisiotomia).

Fratura de clavícula: A clavícula anterior pode ser intencionalmente fraturada, reduzindo o diâmetro biacromial e delivrando o ombro impactado. Na técnica, o operador deve utilizar os dedos para tracionar a clavícula para fora, até que se quebre. O procedimento pode ser tecnicamente difícil e se associar a lesões das estruturas vasculares e pulmonares fetais subjacentes. Entretanto, é um procedimento menos mórbido do que as manobras de última instância.⁸

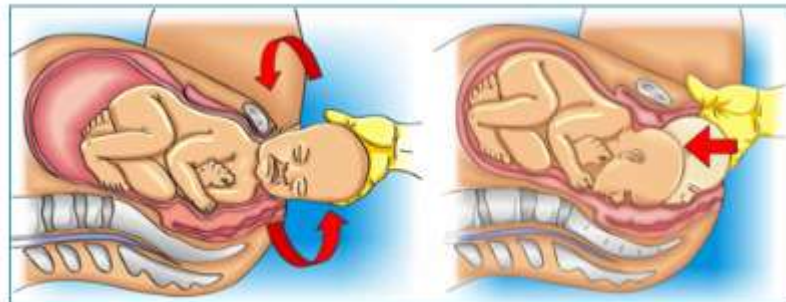
Extração do ombro posterior com tipoia: O ombro posterior pode ser extraído com o auxílio de uma tipoia aplicada na axila posterior. Fratura umeral parece ser a principal morbidade neonatal associada. Uma sonda urinária Foley nº 12 ou 14 (ou um cateter de sucção) é dobrada em alça na extremidade do dedo indicador que será alocado atrás do ombro posterior. A alça é empurrada por detrás da axila posterior, até ser recuperada pelo outro dedo indicador, que é introduzido no lado contralateral da pelve, anteriormente ao tórax fetal. O laço é subsequentemente desdobrado, formando uma tipoia ao redor do ombro posterior. As extremidades da tipoia são apreendidas e uma tração inferior moderada é executada, até a liberação do ombro posterior. A tipoia também pode ser utilizada para promover uma rotação dos ombros em 180°, com o auxílio de uma contra-pressão efetuada atrás do ombro anterior.⁹



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

As manobras de última instância (Zavanelli, resgate abdominal e sinfisiotomia) apresentam maior morbidade, e seus riscos e benefícios devem ser avaliados considerando as condições fetais e as possibilidades locais para a realização das intervenções e tratamento das complicações. Relaxamento muscular (sedação, anestesia geral) e uterino otimiza o sucesso dessas manobras, sendo melhor realizadas no ambiente de centro cirúrgico. Deve-se administrar terbutalina (0,25 mg, via subcutânea) para relaxamento uterino.

Manobra de Zavanelli: essa manobra reposiciona a cabeça fetal para cesárea subsequente. O passo inicial é a reversão da rotação externa, posicionando o occipital anteriormente. A seguir, a cabeça é fletida e, por meio de pressão firme exercida com a palma de uma das mãos, empurrada superiormente na vagina, o mais alto possível. A outra mão pode deprimir o períneo simultaneamente, aliviando a compressão do cordão umbilical e facilitando o reposicionamento vaginal da cabeça.¹³ Recomenda-se o posicionamento da paciente em litotomia com preparo do campo abdominal e vaginal, após anestesia.



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Resgate abdominal: paciente em litotomia, sob anestesia, com preparo abdominal e vaginal. A parturiente é submetida a laparotomia e histerotomia para a rotação manual transabdominal do ombro anterior. Efetuada a rotação do diâmetro biacromial para o diâmetro oblíquo da pelve, a extração fetal é realizada por via vaginal por outro operador.¹⁴

Sinfisiotomia: Apesar de poder salvar vidas, a sinfisiotomia deve ser manobra de exceção, devido à falta de evidências quanto a sua eficácia e segurança, assim como pelas possíveis morbidades associadas, particularmente a instabilidade pélvica. A divisão cirúrgica da cartilagem da sínfise púbica amplia a abertura pélvica, desobstruindo o ombro. Apesar de poder solucionar a DO, deve ser realizada apenas diante da falha das demais manobras e em locais onde não é possível realizar o resgate abdominal por ausência de salas cirúrgicas. A técnica é realizada sob anestesia local, com a parturiente em litotomia e membros inferiores abduzidos. Após sondagem vesical, o anestésico deve ser infiltrado na pele e subcutâneos sobrejacentes à cartilagem púbica. O operador desvia a uretra lateralmente com uma das mãos e realiza uma incisão de 1 a 3 cm com uma lâmina de bisturi. A incisão deve ser suficiente para o afastamento dos ramos púbicos e delivramento do ombro impactado. Portanto, não é necessário incisar a espessura total da cartilagem. Após o procedimento, repouso absoluto está recomendado por dois dias, seguido de mobilização progressiva. Abdução dos membros inferiores deve ser evitada entre 7 e 10 dias.¹⁵

13. COMPLICAÇÕES

A maioria das distocias de ombro não estão associadas a lesões e complicações no recém-nascido, porém pode ocorrer trauma, asfixia ou ambos¹¹.

As lesões que pode acometer o recém-nascido são: paralisção do plexo braquial transitório, fratura clavicular, fratura de úmero, lesão permanente no plexo braquial, encefalopatia hipóxia-iscêmica e pode levar à morte. Importante enfatizar que as fraturas de clavícula e úmero, geralmente, apresentam recuperação completa e sem sequelas neurológicas ou ortopédicas para a criança¹¹.

As complicações maternas mais comuns da distocia de ombro são hemorragia e lacerações de quatro grau¹¹.

14. MEDIDAS PREVENTIVAS

14.1 CONTROLE DE FATORES MODIFICÁVEIS

Apesar da variedade de fatores de risco para DO, poucos são modificáveis. Logo, controle de peso corporal antes e durante a gestação, principalmente no último trimestre, e atividade física regular: 30 minutos de 3-5 vezes ao dia, bem como controle rigoroso de índices glicêmicos em gestantes diabéticas, são fatores modificáveis que podem reduzir os índices de fetos macrossômicos e de DO em até 60% em alguns estudos.

14.2 PREDITORES CLÍNICOS E DE IMAGEM

Avaliação dos riscos são preditores insuficientes para permitir a prevenção na maioria dos casos. Exames de imagem e pelvimetria clínica, exceto nos casos de anomalias pélvicas graves, não são úteis para identificar mulheres em risco aumentado. A biometria fetal levemente anormal tampouco é preditiva de DO. Os diversos parâmetros biométricos fetais, ou não foram testados em grandes estudos prospectivos ou não se provaram úteis na predição de DO.

15. DOCUMENTAÇÃO DA DO

A documentação adequada deve citar os membros da equipe que participaram da assistência, assim como o tempo gasto até a chegada de cada um deles na cena do parto. A descrição deve detalhar qual ombro estava impactado e em quais manobras foram realizadas as manobras de delivramento. As manobras devem ser descritas conforme o sequenciamento ocorrido. Deve-se detalhar o tempo gasto em cada manobra, assim como intervalo de tempo até a resolução.

Também devem ser relatados a perda sanguínea estimada, os detalhes da revisão do canal de parto, o índice de Apgar e a avaliação neonatal.

OBS: necessário em todos os locais ter relógio para os devidos registros.

16. MONITORAMENTO

O treinamento da DO deve ser realizado anualmente devido a rotatividade dos colaboradores e entrada de novos residentes, com frequência assinada garantindo uma assistência baseada em evidência e por ser uma das urgências obstétricas mais comuns.

Nomear uma equipe de colaboradores responsáveis para dar andamento às oficinas contendo médicos e enfermeiros assim monitorando os eventos.

17. REFERÊNCIAS

1. FEBRASGO Position Statement: Management of shoulder dystocia. Number 7 - July 2022
2. DISTRITO FEDERAL. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção À Saúde da Ses-Df - Cppas. Governo do Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde DISTOCIA DE OMBRO. 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+de+Dist%C3%B3cia+de+Ombro.pdf/07965062-46ef-9137-10da-c83ed3660333?t=1703069242450>. Acesso em: 04 out. 2024.
3. Amorim, M. M. R. et al.(2013). Distocia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. FEMINA, 41(3), 115–124.
4. ALBERT EINSTEIN. Distócia de Ombro no Parto Vaginal. 2022. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Distocia-de-ombro-no-parto-vaginal.pdf>. Acesso em: 04 out. 2024.
5. Gherman RB. Shoulder dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. Clin Obstet Gynecol. 2002;45(2):345-62. doi: 10.1097/00003081-200206000-00006 5.
6. Beall MH, Spong C, McKay J, Ross MG. Objective definition of shoulder dystocia: a prospective evaluation. Am J Obstet Gynecol. 1998;179(4):934-7. doi: 10.1016/s0002-9378(98)70191-7
7. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, 2022.
8. F RODIS, J. Shoulder dystocia: Intrapartum diagnosis, management, and outcome. UP TO DATE, set. 2024. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/shoulder-dystocia-intrapartum-diagnosis-management-and-outcome> search=distocia+de+ombro&source=search_result&selectedTitle=1%7E49&usage_type=default&display_rank=1>. Acesso em: 10 out. 2024
9. Protocolo – DISTÓCIA DE OMBRO – Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)
10. Zuckerwise LC, Hustedt MM, Lipkind HS, Funai EF, Raab CA, Pettker CM. Effect of implementing a standardized shoulder dystocia documentation form on quality of delivery notes. J Patient Saf. 2020;16(4):259-63. doi: 10.1097/PTS.000000000000030.
11. TULLY, Gail. FlipFLOP: Four Steps to Remember [Internet]. Midwifery Today. 2012 [cited 2025 Mar 4]. Available from: <https://www.midwiferytoday.com/mt-articles/flipflop-four-steps-remember/>
12. REED, R. Shoulder Dystocia [Internet]. Rachelreed.website. 2017 [cited 2025 Mar 4]. Available from: <https://www.rachelreed.website/blog/shoulder-dystocia>
13. Sandberg EC. The Zavanelli maneuver: 12 years of recorded experience. Obstet Gynecol.1999;93(2):312-7. doi: 10.1016/s0029-7844(98)00340-8.
14. O’Leary JA, Cuva A. Abdominal rescue after failed cephalic replacement. Obstet Gynecol.1992;80(3 Pt 2):514-6.
15. Björklund K. Minimally invasive surgery for obstructed labour: a review of symphysiotomy during the twentieth century (including 5000 cases). BJOG. 2002;109(3):236-48. doi: 10.1016/s1470-0328(02)01214-4.

18. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	10/03/2025	Versão inicial.

19. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Amanda Figueira Rodrigues - UMUL/GAS Ana Neilma Pinheiro das Neves - UMUL/GAS Camila Almeida de Lima - GEP Camilla Karla dos Santos Silva - GEP Dominique Pordeus Araújo - STMIM/GAS Onadja Benicio Rodrigues - UMUL/GAS	Data: 10/03/2025
Análise Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/STMIM/DCDT/GAS James Alain Silva de Brito - DMED/GAS	Data: 10/03/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 17/09/2025
Aprovação James Alain Silva de Brito - DMED/GAS	Data: 17/09/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.006563/2025-34

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

(53428965) Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento: Protocolo Distocia de Ombro.PRT.DMED.011

<p>Elaboração</p> <p>Amanda Figueira Rodrigues - UMUL/GAS</p> <p>Ana Neílma Pinheiro das Neves - UMUL/GAS</p> <p>Camila Almeida de Lima - GEP</p> <p>Camilla Karla dos Santos Silva - GEP</p> <p>Dominique Pordeus Araújo - STMIM/GAS</p> <p>Onadja Benicio Rodrigues - UMUL/GAS</p>	<p>Data: 10/03/2025</p>
<p>Análise</p> <p>Fladjany Emanuely Faustino da Silva - UMUL/STMIM/DCDT/GAS</p> <p>James Alain Silva de Brito - DMED/GAS</p>	<p>Data: 10/03/2025</p>
<p>Validação</p> <p>Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP</p> <p>Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP</p>	<p>Data: 17/09/2025</p>
<p>Aprovação</p> <p>James Alain Silva de Brito - DMED/GAS</p>	<p>Data: 17/09/2025</p>

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

Santa Cruz - RN, datado e assinado eletronicamente.



Documento assinado eletronicamente por **Amanda Figueira Rodrigues, Enfermeiro(a)**, em 30/09/2025, às 17:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fladjany Emanuely Faustino da Silva, Enfermeiro(a)**, em 02/10/2025, às 14:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **James Alain Silva de Brito, Chefe de Divisão**, em 06/10/2025, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Dominique Pordeus Araújo, Médico(a)**, em 14/10/2025, às 14:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Onadja Benício Rodrigues, Enfermeiro(a)**, em 11/11/2025, às 12:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Neilma Pinheiro das Neves, Enfermeiro(a)**, em 13/11/2025, às 08:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 17/11/2025, às 13:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **53429066** e o código CRC **69D54B0C**.
