



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 1/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	

RESUMO

1. SIGLAS E CONCEITOS.....	2
2. OBJETIVOS.....	2
3. JUSTIFICATIVAS E RECOMENDAÇÕES	2
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	5
6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	5
7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS.....	5
8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	6
9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....	16
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	16
11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA.....	16
12. FLUXOGRAMAS.....	17
13. MONITORAMENTO.....	18
14. REFERÊNCIAS.....	18
15. HISTÓRICO DE REVISÃO.....	19

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 2/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 24/20/2024

1. SIGLAS E CONCEITOS

DNV – Declaração de Nascido Vivo

DPP – Descolamento prematura de placenta

OP – Occipto-púbico

OS – Occipto-sacro

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

ATM – Articulação temporomandibular

TP- Trabalho de parto

SFA - Sofrimento fetal agudo

CTG - Cardiotocografia

PVO - Parto vaginal operatório: quando o obstetra operador lança mão de fórceps ou vácuo-extrator na assistência ao parto vaginal. **O operador deve escolher o instrumento mais adequado às circunstâncias clínicas e a seu nível de habilidade.**

2. OBJETIVO

Disseminar função e aplicabilidade correta dos instrumentais no parto vaginal, a fim de reduzir o risco materno e fetal.

3. JUSTIFICATIVAS E RECOMENDAÇÕES NÍVEL A:

Alguns instrumentais cirúrgicos podem ser utilizados na assistência ao parto vaginal, quando o nascimento deve ser ultimado a fim de reduzir o risco materno e fetal. Eles executam a preensão e tração do polo cefálico do feto visando abreviar o segundo período do parto. Quando bem indicados e com adequada aplicabilidade técnica, oferecem grande utilidade na obstetria, diminuindo o número de partos cesarianos. Guiando através de recomendações nível A, este instrumento visa atualizar e treinar a equipe obstétrica:

- Encoraje as mulheres a ter apoio contínuo durante o trabalho de parto (TP), já que isto pode diminuir a necessidade de parto vaginal operatório (PVO).
- Informe às mulheres que a analgesia epidural pode aumentar a necessidade de um parto vaginal operatório.
- Informe as mulheres que administrar analgesia epidural na fase latente do TP, em comparação com a fase ativa do TP, não aumenta o risco de parto vaginal operatório, portanto o momento da analgesia é uma decisão materna, ou seja, quando a dor se torna um sofrimento, ela lhe solicita analgesia.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 3/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 24/20/2024

- Encoraje as mulheres que não usam analgesia epidural a adotar posições verticalizadas, ou laterais no segundo estágio do TP, já que não reduz a necessidade de um PVO.
- Incentive as mulheres que usam analgesia epidural a adotar posições laterais deitadas em vez de verticalizadas no segundo estágio do TP, já que isto aumenta a taxa de parto vaginal espontâneo.
- Recomende puxos tardios por 1-2 horas em nulíparas com analgesia epidural, pois pode reduzir a necessidade do PVO.
- Analgesia contínua ou descontinuada não reduz a chance de PVO.

Observações:

Não há evidências suficientes para recomendar o aumento rotineiro de ocitocina em mulheres em TP com analgesia peridural, como estratégia para reduzir a incidência de PVO.

Não há evidências suficientes para recomendar rotação manual profilática de rotina, de má posição fetal na segunda fase do TP para reduzir o risco de PVO.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

4.1. Critérios de indicação ao uso do fórceps

4.1.1. Maternas:

- Segundo período prolongado do TP
- Discinesias uterinas (inércia uterina)
- Exaustão materna
- Analgesia de parto
- Evitar o esforço secundário em mulheres portadoras de doenças cardíacas, pulmonares, neuromusculares, tumores cerebrais ou aneurismas

4.1.2. Fetais

- Condições fetais não tranquilizadoras, com intuito de abreviar o período expulsivo (SFA, CTG categoria III, cabeça derradeira no parto pélvico)
- Procidência de cordão
- Parada de rotação

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 4/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	

4.1.3 Operador experiente e treinado

Figura 1: Segundo período do parto prolongado em relação à paridade e analgesia

SEGUNDO PERÍODO PROLONGADO			
Tempo limite de observação no período expulsivo			
SEM ANALGESIA		COM ANALGESIA	
NULÍPARA	MULTÍPARA	NULÍPARA	MULTÍPARA
2 HORAS	1 HORA	3 HORAS	2 HORAS
FRIEDMAN			

Fonte: autoria própria.

4.2. Critérios de exclusão ao uso do fórceps e vácuo-extrator

- Prematuridade (não usar vácuo em fetos menores de 34 semanas)
- Bolsa íntegra - risco de promover descolamento prematuro de placenta (DPP) e lesão de partes moles
- Dilatação cervical incompleta
- Cabeça fetal acima da sínfise púbica em 2/5 (fórceps alto)
- Desproporção céfalo-pélvica
- Feto morto tardio
- Osteogênese imperfeita
- Distúrbios hemorrágicos fetais
- Inexperiência do operador

4.3. Critérios de indicação ao uso do vácuo extrator

- Semelhantes ao fórceps

4.3.1. Vantagens do vácuo extrator comparado ao fórceps

- Exerce menor tração sobre a cabeça do feto
- Requer menos anestesia

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 5/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	

- Provoca menor laceração da vagina e do colo do útero
- Reduz a frequência de episiotomias, lacerações de esfíncter anal e roturas.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

O parto instrumental deve ser realizado por obstetra ou médico residente em obstetrícia acompanhado por médico operador treinado e experiente, que avalie, aplique o instrumental mais adequado às circunstâncias clínicas, conclua o procedimento, além de saber gerenciar complicações quaisquer que surgir. Estimular os médicos residentes a obterem experiência em parto vaginal espontâneo, antes de treinarem parto vaginal operatório. Certifique-se que toda a equipe obstétrica tenha treinamento adequado ao uso de fórceps e vácuo-extrator, incluindo conhecimento teórico e simulação prática sob supervisão direta. A competência deve ser demonstrada antes de realizar PVO não supervisionados.

No momento do parto, deve-se assegurar que toda a equipe necessária para a assistência da paciente e do recém-nascido esteja no local, obstetras, anestesistas (se necessário) e equipe neonatal. As anotações e evoluções devem constar no prontuário da paciente de forma legível, assinada, datada e carimbada por todos os profissionais que prestaram assistência a paciente. O médico que realizará o procedimento também deve registrar o motivo e escolha do método utilizado.

Onde deve ser assistido um PVO? Fórceps baixos e não estacionais bem baixa probabilidade de falha e podem ser feitos na sala de parto. Os partos vaginais assistidos de maior complexidade e maior chance de falhas, devem ser tentados em lugar onde o recurso imediato à cesariana possa ser feito. Deve-se estar toda a equipe de obstetras, enfermagem, neonatologistas e anestesistas a postos e informados.

6. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Ver indicações e contraindicações ao parto vaginal operatório.

7. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O exame físico obstétrico da pelve materna, do canal de parto e do motor (contrações uterinas), bem como o exame físico fetal, com avaliação do BCF, situação, apresentação, insinuação e variedade de posição do feto na pelve materna, são os exames diagnósticos utilizados para indicar a necessidade de um parto vaginal instrumental, e qual instrumento usar.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 6/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 24/20/2024

8. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

8.1. Fórceps

Destinado a apreender o pólo cefálico do feto, rotacioná-lo se for o caso, retirá-lo, diminuindo o segundo período do parto.

8.1.1. Componentes

- Cabo: local de tração
- Ramo (zona articular): Pedículo e Articulação
- Colher (Cada colher tem três curvaturas: cefálica, pélvica e perineal)

8.1.3. Tipos de fórceps

- **Simpson** - é o mais empregado nas maternidades brasileiras e é composto de dois ramos cruzados. Indicado em variedades oblíquas e pegas diretas (OP / OS).

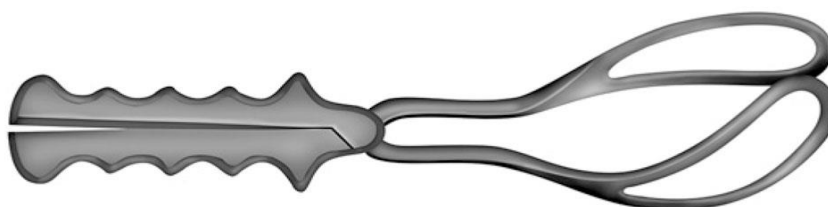


Figura 2: Fórceps de Simpson. Fonte: Tratado de Obstetrícia de Febrasgo 2018.

- **Kielland** - a articulação é por deslizamento facilitando a pega assimétrica nos casos de assinclitismo e permitindo a sua correção. Indicado em variedades transversas, posteriores, defletidas e occipito-sacras.



Figura 3: Fórceps de Kielland. Fonte: Tratado de Obstetrícia de Febrasgo 2018.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 7/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	

- **Piper** - Desprendimento da cabeça derradeira em partos pélvicos.



Figura 4. Fórceps de Piper. Fonte: Tratado de Obstetrícia de Febrasgo 2018.

8.1.4. Condições de aplicabilidade do fórceps

- Parturiente em posição de litotomia;
- Técnicas padrão de assepsia e antisepsia são recomendadas;
- Dilatação completa do colo uterino;
- Proporcionalidade da bacia ao concepto;
- Feto vivo ou morto recente;
- Cabeça insinuada (apresentação no plano +2 e +3 de DeLee);
- Membranas rotas;
- Analgesia peridural no período de dilatação ou bloqueio bilateral dos nervos pudendos;
- Bexiga esvaziada com sonda de alívio, e se houver sonda vesical de demora, deve ser retirada;
- Conhecimento exato da variedade de posição fetal;
- A paciente deve concordar com o procedimento (o prontuário deve conter a indicação do procedimento, exame clínico da mãe e do feto, e um resumo do consentimento informado).

8.1.5. Aplicação

- **FÓRCEPS DE SIMPSON:** pegar o ramo esquerdo e apresentar ao intróito vaginal em posição vertical, introduzindo-o usando a mão direita para perfazer a curvatura cefálica no lado esquerdo materno, e protegendo os tecidos do canal de parto. Repetir o

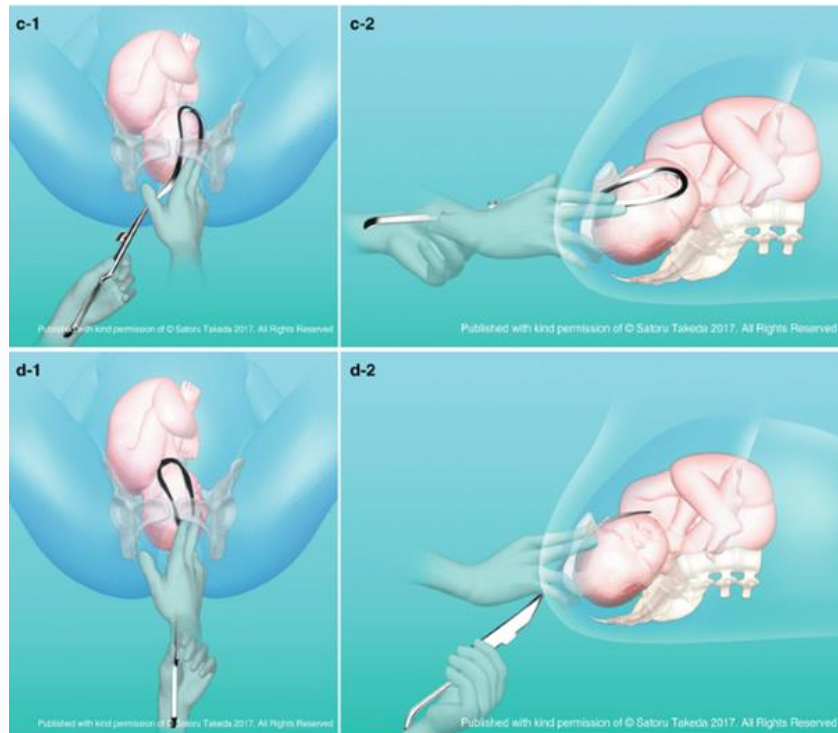


Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 8/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 24/20/2024

procedimento com o ramo direito.

- **Articular e fixar dos ramos.**
- **Verificar a aplicação da pega do fórceps seguro.** Pega ideal: biparieto-malomentoniana (figura 4).
- **Retirada dos instrumentos** (inversamente à sua colocação: a última colher a ser introduzida será a primeira a ser retirada);
- **Revisão do canal de parto (OBRIGATÓRIA).**
- **FÓRCEPS DE KIELLAND:** nas variedades transversas, identificar a face do feto se está à direita ou esquerda, a primeira colher a ser posicionada deve ser a anterior. Pegar o ramo que possui a articulação e apresentar ao introito vaginal em posição vertical, introduzindo-o usando a mão guia para perfazer a curvatura facial fetal e pélvica, e protegendo os tecidos do canal de parto, através da manobra de migração pela face fetal posicionando a colher anteriormente à mãe, e a segunda colher introduzindo-a pelo introito vaginal perfazendo a pega posterior direta.
- **Articular e fixar dos ramos.**
- **Verificar a aplicação da pega do fórceps seguro.**
- O Fórceps de Kielland permite corrigir diferença de acomodação como os assinclitismos anterior e posterior, deslizando seus ramos. Em seguida fazer uma manobra de rotação tipo chave-fechadura para OP.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 9/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	



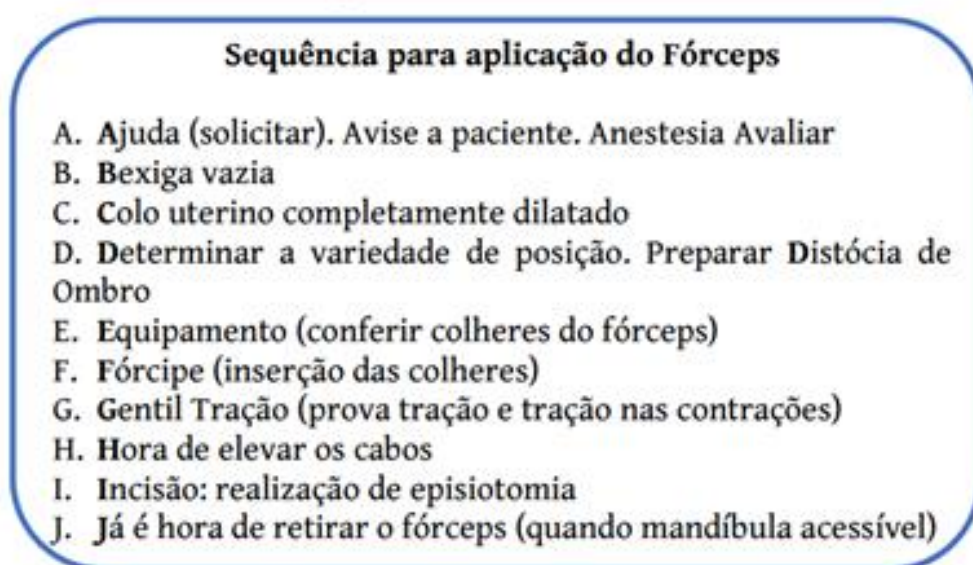
Figuras 5 e 6: Manobra de migração pela face fetal para posicionar o ramo articular anteriormente.

Fonte: UTokyo Kielland Forceps 2017.

CÓPIA COM

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 10/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	

Figura 7: Esquema lógico para aplicação do fórceps.



Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

8.1.6. Complicações do fórceps

Quadro 1: Condições maternas e fetais para o uso do fórceps.

MATERNAS	FETAIS
Lacerações do colo uterino, da vagina, da vulva e do reto	Céfalo-hematoma
Prolongamento da episiorrafia	Sequelas neurológicas tardias
Disjunção da sínfise pubiana	Hemorragia intra-craniana
Infecção Puerperal	Paralisia do nervo facial e/ou hipoglosso
Lesão vesical	Fratura de crânio
Hematoma perineal	
Fratura do cóccix	

Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 11/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 24/20/2024

Observação:**Quando devemos descontinuar a tentativa com o fórceps?**

Interrompa a tentativa do uso do fórceps onde não podemos aplicá-lo facilmente, quando as colheres não se articulam, e quando houver falta de descida progressiva com tração moderada.

Interrompa o fórceps rotacional se a rotação não for facilmente alcançada com pressão suave.

Interrompa o fórceps se o nascimento não for iminente após 3 trações corretas por um operador, reavalie as condições clínicas se está diante de uma desproporção cefalopélvica, interrompa o procedimento e mude de abordagem.

O operador deve estar ciente do potencial de morbidade neonatal após uma tentativa fracassada, e informar à equipe de neonatologistas para garantir o manejo do recém-nascido, e estar pronto para desempatar a cabeça fetal usando manobras reconhecidas

8.2. Vácuo-extrator

Consiste em um sistema composto por uma pequena ventosa em forma de cúpula conectada a uma fonte de vácuo. Ele é inserido na vagina e usa sucção a vácuo para fixar a cabeça do bebê.

8.2.1 Condições de aplicabilidade, indicações e contraindicações semelhantes às do fórceps.

No entanto não está indicado na ausculta fetal não tranquilizadora, pela necessidade de maior tempo para extração fetal e esperar pelas contrações uterinas juntamente com os puxos maternos.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 12/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	

Figura 8: Modelo de vácuo-extrator.



Fonte: Tratado de Obstetria de Febrasgo 2018

8.2.2 Vantagens do vácuo extrator

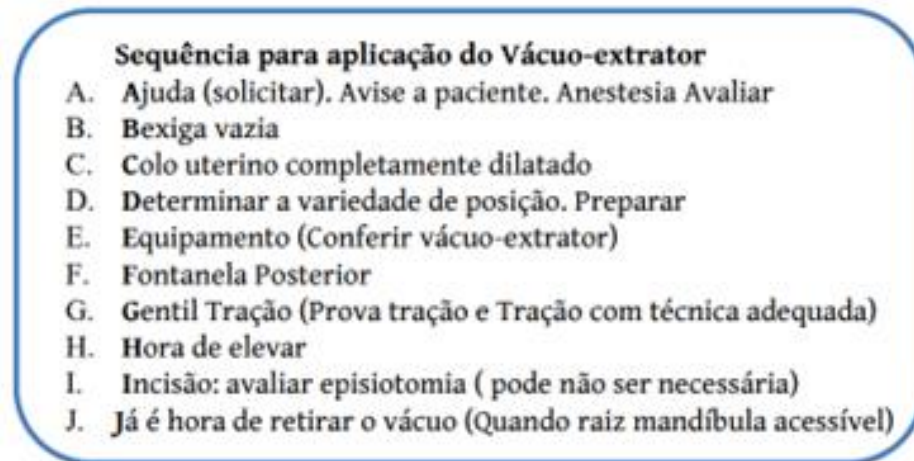
- Exerce menor tração sobre a cabeça do feto
- Requer menos anestesia
- Provoca menor laceração da vagina e do colo do útero
- Pode reduzir a frequência de episiotomias, lacerações de esfíncter anal e roturas.

8.2.3 Desvantagens do vácuo extrator

- O período expulsivo pode ser mais demorado em relação ao fórceps
- Aumento na incidência de hematoma subgaleal e Hemorragia retiniana do RN
- Não é primeira escolha no sofrimento fetal agudo

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 13/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	

Figura 9: Esquema lógico de sequência para utilização do vácuo extrator.



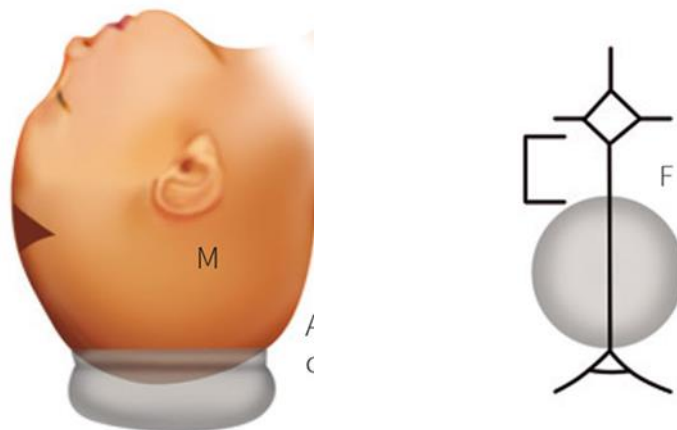
Fonte: Elaboração dos autores, 2021.

8.2.4. Aplicação do vácuo pela Técnica de Dr. Aldo Vacca:

- Posição de litotomia
- Cuidados de assepsia e antisepsia
- Verificar as conexões e o vácuo do aparelho
- Localize o **Ponto de Flexão**, que está 3 cm da fontanela posterior em direção à sutura sagital, e calcule a distância da inserção da cúpula, utilizando os dedos indicador e médio. Segure a cúpula e rebaixando levemente o períneo, introduza a cúpula lateralmente. Lembre-se de deixar a ranhura da haste voltada às 12 horas, assim pode-se visualizar rotações
- Mova a cúpula em direção ao Ponto de Flexão e fixe-a.
- Crie o vácuo, alcançando pressão entre 450-600 mmHg, ou até completar o “verde” da bomba à vácuo, excluindo o tecido materno.
 - Usando a ponta do dedo polegar esquerdo faça uma contração na cúpula, e com a mão direita uma tração da haste ao longo do eixo da pelve.
 - Gentil tração: Iniciar no momento das contrações uterinas e solicitar o puxo materno. O operador deve utilizar as duas mãos fazendo tração e contração, diminuindo a chance de desacoplamento.
 - Deve-se iniciar tração respeitando a curvatura da pelve, iniciando com eixo de tração de 90 graus, e havendo a descida, ir mudando o eixo de tração. Quando a cúpula estiver fora da vulva, procurar fazer um eixo de tração horizontal mesmo tempo que faz a proteção perineal, performance um eixo de tração em “JOTA”.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 14/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	

Figura 10: Aplicação correta da cúpula do vácuo extrator no Ponto de Flexão



Fonte: Tratado de Obstetrícia de Febrasgo 2018

Figura 11 e 12: Técnica do Dr. Aldo Vacca

1

2



Fonte: Ross McQuivey, 2016.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 15/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022	Próxima revisão: 24/20/2024
		Versão: 1	

Figuras 13, 14, 15 e 16: Técnica de Dr. Aldo Vacca

3



4



5

Gentil tração



Fonte: Ross McQuivey, 2016.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 16/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 24/20/2024

9. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Admissão de pacientes em trabalho de parto, acima de 34 – 36 semanas, que estão aptas para realizar o parto por via vaginal, referenciadas ao setor para o procedimento.

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

- **Quando devemos descontinuar a tentativa com o vácuo-extrator?**
- Diante de 3 desencaixes da cúpula.
- Ausência de progressão de 3 contrações consecutivas.
- Quando exceder mais de 20 minutos de aplicação do vácuo.

11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

Sobre as condições de alta hospitalar, deve-se avaliar o binômio paciente e recém-nascido com estado geral de saúde satisfatório e com ausência de complicações após 24 horas do parto com uso de instrumentos.

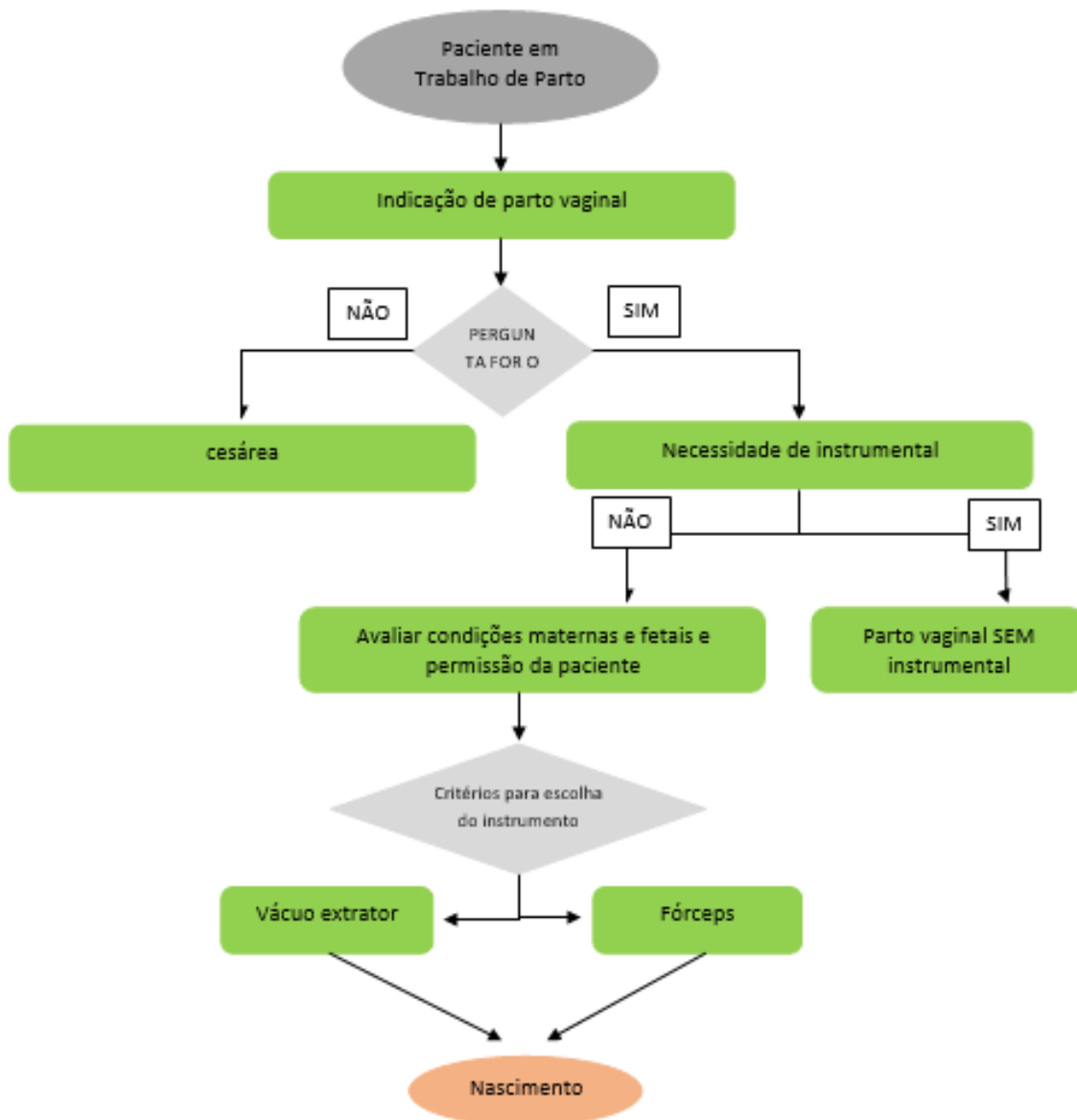
Se houver complicações pós-parto imediatas ou o estado geral da paciente não for satisfatório para alta hospitalar, a mesma deverá continuar no serviço, sendo encaminhada ao Alojamento Conjunto.

Transferências: quando o serviço não dispõe de leitos suficientes ou necessita de assistência direta ofertada apenas em um setor específico, transferir paciente e recém-nascido, contando que os dois estejam estáveis para transferência.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 17/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 24/20/2024

12. FLUXOGRAMAS

Fluxograma de assistência ao parto vaginal com instrumental.



Fonte: Elaboração dos autores, 2021.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 18/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 24/20/2024

13. MONITORAMENTO

Anualmente o número de partos vaginais operatórios será contabilizado e comparado aos demais tipos de parto, podendo-se observar o índice de sucesso e falha dos procedimentos.

14. REFERÊNCIAS

ADAJI SE, Shittu SO, Sule ST. **Operative vaginal deliveries in Zaria, Nigeria.** Ann Afr Med. 2009;8(2):95–9.

ALSO – Advanced Life Support in Obstetrics. **Parto Vaginal Assistido.** Advisory Board, 4ª edição, 2000-2001.

BENZECRY RM, Trapani Júnior A. Parto vaginal operatório: fórceps e vácuo. **São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018.** (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 105/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao abortamento, parto e puerpério).

FERNANDES CE, Silva de Sá M F. **Tratado de Obstetrícia da Febrasgo.** Editora Elsevier, 2018.

FREITAS F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JA. **Rotinas em obstetrícia.** In: Magalhães, J. A. et. al. Parto vaginal instrumental. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 24, p. 355-371.

MONTENEGRO CAB, Rezende Filho J. **Obstetrícia.** In: **BENZECRY, R. Fórceps.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 93, p. 905-921.

MURPHY D, Strachan B, Bahl R, Obstetricians tRCO, Gynaecologists. **Assisted Vaginal Birth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.** 2020;127(9):e70-e112.

MCQUIVEY R, MD, Chief Medical Officer at Clinical Innovations. **Measuring with 5 Steps - Vacuum Assisted Delivery.** 2016. https://www.youtube.com/watch?v=bQTRn2_UhmM.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. **Operative Vaginal Delivery.** RCOG Green-top Guideline No. 26. Janeiro, 2011.

SOGIMIG, Sociedade de Ginecologia e obstetrícia de Minas Gerais. **Curso de emergências obstétricas.** Disponível em: <https://www.sogimig.org.br/wp-content/uploads/2019/05/3.-PARTO-OPERAT%C3%93RIO-CEO-2018.pdf>.

TAKEDA J, MAKINO S, ITAKURA A, Takeda S. **Technique of rotational forceps delivery using UTokyo Kielland forceps.** Hypertens Res Pregnancy 2017;5:26–27.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia.** In: **FRANCISCO, R. P.V.et. al. Fórceps.** São Paulo: Manole, 2007. Cap. 22, p. 397-405.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.UMI.013 - Página 19/19	
Título do Documento	PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL	Emissão: 24/10/2022 Versão: 1	Próxima revisão: 24/20/2024

15. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	24/10/2022	Elaboração do Protocolo Parto Vaginal Instrumental

Elaboração Aureliana Barboza da Silva Bárbara Renata Silveira de Moura Luciano da Cunha Canuto de Oliveira Renata de Medeiros Wanderley Gadelha Sabina Bastos Maia	Data: 24/10/2022
Revisão Renata de Medeiros Wanderley Gadelha	Data: 31/10/2022
Validação Viviane Cristina Vieira da Silva Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	Data: 19/12/2022
Aprovação	Data: 29 / 12 / 2022

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte