

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

PARTO INSTRUMENTALIZADO

Versão: 1 | 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELINI

ELABORAÇÃO

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher

Ana Clara Mendes Ribeiro, Programa de Residência em Medicina Fetal

Lohane Araújo Martins, Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia

ANÁLISE

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Luciana Paiva, Setor de Gestão da Qualidade

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 24/2/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.008

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Aquisição de habilidades e competências para o uso adequado do fórceps e dos vácuos-extratores.

2. CONTEXTO CLÍNICO

O parto vaginal operatório é utilizado para propiciar um nascimento seguro pela via vaginal, mediante indicações maternas e fetais.

Atualmente, o fórceps é um instrumento estigmatizado pela sociedade, e muitas vezes associado à violência obstétrica, porém, é resolutivo quando bem indicado e executado. Já os vácuo-extratores são instrumentos mais modernos, com maior facilidade de uso, sendo, portanto, instrumentos de escolha em grande parte das vezes.

Há atualmente, uma tendência e um aumento das taxas de cesarianas, com redução concomitante do parto vaginal operatório, ocasionando um número maior de extrações fetais difíceis na cesárea devido à falha ou à falta de tentativa de parto vaginal operatório, o que agrava a morbidade materna e neonatal. Diante disso, a aquisição de habilidades e competências relacionadas ao uso de fórceps e dos vácuos-extratores é imprescindível e pode prevenir complicações materno-fetais.

3. INDICAÇÕES DE PARTO VAGINAL OPERATÓRIO

1. Sinais de hipóxia fetal aguda;
2. Exaustão materna;
3. Período expulsivo prolongado;
4. Prolapso de cordão umbilical com dilatação cervical completa;
5. Morte súbita da parturiente;
6. Parada de progressão;
7. Assinclitismo persistente;
8. Distócia de rotação;
9. Apresentação cefálica defletida de terceiro grau (face) com variedade de posição mento-anterior;
10. Resistência das partes moles;
11. Inércia uterina;
12. Prensa abdominal deficiente;
13. Condições ou complicações maternas que contraindiquem o esforço expulsivo (cardiopatias, doenças respiratórias graves, acidente vascular cerebral, aneurisma, varizes esofágicas, trauma medular, miastenia gravis, retinopatia proliferativa, patologias neuromusculares etc.)
14. Parto pélvico vaginal com cabeça derradeira após falhas das manobras iniciais.

Observação: como o vácuo-extractor requer maior tempo para a extração fetal, não deve ser o método preferencial nas situações de emergência.

4. CONTRAINDICAÇÕES DE PARTO VAGINAL OPERATÓRIO

1. Se a cabeça fetal não estiver insinuada ou se a variedade de posição for desconhecida.
2. Desproporção cefalopélvica;
3. Placenta prévia total ou parcial,
4. Apresentações anômalas: córmica, cefálica defletida de segundo grau (frente) e cefálica

defletida de terceiro grau (face) com variedade de posição mento-posterior.

5. Feto com suspeita ou diagnóstico de desmineralização óssea (osteogênese imperfeita) ou distúrbios hemorrágicos (hemofilia, doença de von Willebrand, trombocitopenia aloimune).

4.1. Contraindicações Relativas - Situações Especiais

O parto operatório deve ter uso criterioso em fetos acima de 4.000 gramas. Com relação a fetos com peso estimado inferior a 2.000 gramas, o fórceps apresenta maior segurança, podendo ser utilizado em fetos tão pequenos quanto 1.000 gramas.

No período pélvico prolongado de fetos com peso estimado acima de 4.500 gramas, a cesárea intraparto para prevenção da distócia de ombro é preferível, assim como quando a cabeça fetal apresenta-se na pelve média (planos 0 e + 1 de De Lee) em fetos com peso estimado acima de 4.000 gramas.

Devido ao risco de hemorragia cerebral e retiniana, o vácuo-extrator é contraindicado em prematuros menores que 32 semanas. Entre 32 e 36 semanas, deve ser usado com cautela, visto que ainda não está bem estabelecido o limite inferior de segurança para a idade gestacional.

O vácuo-extrator também não deve ser utilizado diante de sinais de hipóxia fetal, levando em consideração o tempo prolongado para extração fetal. Ademais, também não são indicados para o parto vaginal pélvico (cabeça derradeira) e nem para a apresentação de face, devendo ser substituídos pelo fórceps nessas situações.

São contraindicações relativas ao vácuo-extração: trauma do couro cabeludo fetal, macrossomia, anomalias do polo cefálico (anencefalia, hidrocefalia), morte fetal e tração de prova negativa em tentativa anterior de fórceps.

5. INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO

5.1 Fórceps

Os fórceps e vácuos-extratores são os principais instrumentos utilizados para extração fetal, executada através da apreensão e tração do polo cefálico do feto. A escolha do instrumento leva em consideração as condições maternas e fetais e a experiência do operador.

Os fórceps são instrumentos que possuem dois ramos, cada um com quatro componentes: colher (realiza apreensão do polo cefálico), haste (situa-se entre o cabo e a colher), articulação e cabo. Os modelos mais conhecidos na atualidade são os de Simpson, Kielland, Piper e Marelli.

O fórceps de Simpson é o mais utilizado. Apresenta os ramos cruzados, articulação inglesa (por encaixe) e fixa, cabo com digitações e aletas (apoio dos dedos) e colheres fenestradas. As curvaturas cefálica (adequa-se ao polo cefálico) e pélvica (adequa-se à pelve materna) das colheres são proeminentes.

O fórceps de Kielland apresenta os ramos cruzados, porém com articulação que funciona por deslizamento, possibilitando a aplicação assimétrica dos ramos na vagina e a correção do assinclitismo. No instrumento articulado, as hastes ficam sobrepostas, com a direita acima da esquerda. As colheres são fenestradas, com bordas lisas e arredondadas, e possuem curvaturas cefálica e pélvica bem discretas, o que o torna específico para amplas rotações.



Fonte: registro fotográfico dos autores.

Figura 1. Fórcipes de Simpson (superior) e de Kielland (inferior)

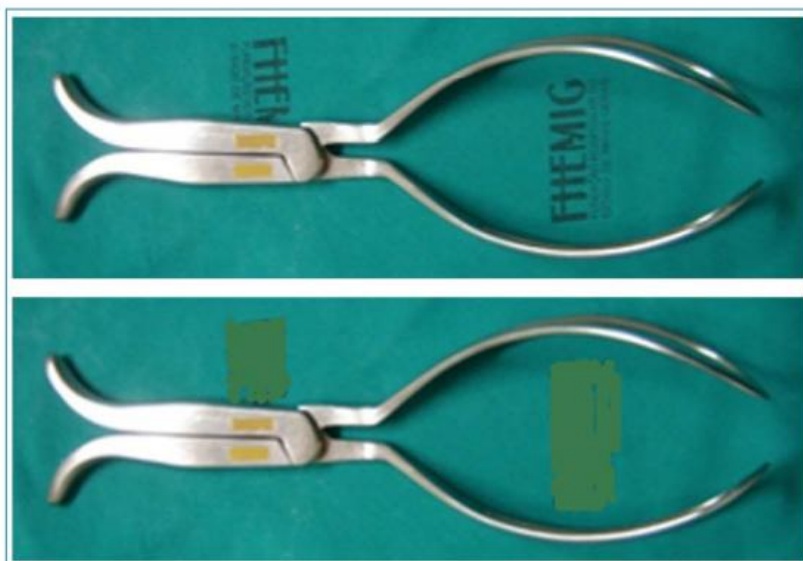
O fórcepe de Piper é instrumento específico para extração da cabeça derradeira no parto pélvico. Possui ramos longos e cruzados, articulação inglesa e cabo sem digitações e sem aletas. Suas colheres são fenestradas e com curvaturas cefálica e pélvica bem proeminentes.



Fonte: registro fotográfico dos autores.

Figura 2. Fórcipe de Piper

O fórcepe de Marelli é utilizado para extração fetal em cesariana. Possui ramos cruzados, articulação inglesa e cabo liso e sem aletas. Suas colheres são fenestradas e não apresentam curvatura pélvica devido uso via abdominal.



Fonte: registro fotográfico dos autores.

Figura 3. Fórcipe de Marelli

5.2 Vácuo-Extrator

Os vácuos-extratores são instrumentos que possuem uma campânula, um tubo de conexão e uma bomba de sucção. Através da pressão negativa, a campânula, aplicada no couro cabeludo, traciona a cabeça fetal. As campânulas podem ser rígidas, semirrígidas ou flexíveis e possuem formato de sino ou cogumelo. Os vácuo-extratores de campânulas flexíveis apresentam taxas maiores de falha, porém provocam menos traumas grave no couro cabeludo fetal que os de campânula rígida.



Fontes: registros fotográficos dos autores; <https://www.panamedical.com.br/vacu-extratores>.

Figura 4. Vácuos-extratores Kiwi Omni Cup® (esquerda), Mityvac®

5.3 Outros Dispositivos

5.3.1 Espátulas

As espátulas são instrumentos que possuem dois ramos independentes que não se articulam. Cada ramo possui haste, cabo e colher sólida e larga. Os ramos atuam de forma independente como alavancas e a cabeça fetal não é comprimida entre as colheres. A ação das espátulas é ajudar a deslizar. São descritas as espátulas de Thierry, Velasco e Teissier. As espátulas de Velasco são pequenas e mais retas. As de Thierry são maiores e apresentam uma ligeira curvatura pélvica na borda superior da colher. Em comparação com os fórceps e vácuo-extratores, as taxas de complicações neonatais são similares ou inferiores, de lacerações perineais graves também são similares e de lacerações de parede vaginal são mais comuns.



Fonte: registro fotográfico dos autores.

Figura 5. Espátulas de Thierry

5.3.2 Dispositivo Odon

É um instrumento de polietileno, que cria um envoltório de ar ao redor da cabeça fetal, permitindo a extração através de tração. Possui potencial de maior segurança e mais fácil aplicação quando comparado aos fórceps e vácuo-extratores. Atualmente, ainda não possui liberação pelas agências reguladoras, mas vem sendo utilizado em testes clínicos experimentais multicêntricos, apresentando taxa de sucesso no nascimento próxima de 50%, sem desfechos adversos maternos ou neonatais graves, porém com eficácia inferior quando comparado aos demais instrumentos.



Fonte: Adaptadas de Odon Device (2020)⁽¹⁰⁾ e Silvestri (2013)⁽¹¹⁾.

Figura 6. Dispositivo Odon

6. CLASSIFICAÇÃO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO

A classificação no parto vaginal operatório é baseada nos planos da bacia e nos mecanismos de parto. A aplicação efetuada antes da insinuação do polo cefálico é contraindicada. A classificação mais atual é a do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (2015), endossada pelo Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas (2020).

Quadro 1. Classificação do parto vaginal operatório do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (2015)⁽⁴⁾

| Tipo | Achados |
|--------|--|
| Alívio | O couro cabeludo fetal é visível no introito vaginal, sem separação dos pequenos lábios; o crânio fetal já atingiu o assoalho pélvico e está próximo ou ocupando o períneo; a sutura sagital está no diâmetro anteroposterior (OP, OS) ou no oblíquo (OEA, ODA, OEP, ODP), com rotação que não excede 45°. |
| Baixo | Vértice cefálico no plano + 2 de De Lee ou abaixo, sem atingir o assoalho pélvico, podendo ocorrer duas situações: a) Rotação ≤ 45° (OEA, ODA, OEP, ODP); b) Rotação > 45° (incluem OET e ODT). |
| Médio | O polo cefálico se encontra insinuado, porém acima do plano + 2 de De Lee; a rotação pode ser ≤ 45° ou > 45°. |

OP: occipitopúbica; OS: occipitossacra; OEA: occipito-esquerda-anterior; ODA: occipito-direita-anterior; OEP: occipito-esquerda-posterior; ODP: occipito-direita-posterior; OET: occipito-esquerda-transversa; ODT: occipito-direita-transversa

7. PRÉ-REQUISITOS PARA REALIZAÇÃO DO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO

1. Informação e concordância quanto aos benefícios e riscos do procedimento;
2. Pelve materna adequada;
3. Estimativa do peso fetal realizada (clínica ou ultrassonográfica);
4. Insinuação do polo cefálico;
5. Dilatação e apagamento cervical completos;
6. Membranas rotas;
7. Esvaziamento vesical prévio;
8. Conhecimento da apresentação e da variedade de posição;
9. Anestesia satisfatória (bloqueio regional nas aplicações médias / rotatórias, bloqueios de pudendo ou perineal nas aplicações baixas e de alívio).

8. TEMPOS OPERATÓRIOS DE APLICAÇÃO

8.1 Fórceps

Acrônimo ABBCDEFGHIJ

- A) Ajuda (solicitar); Avise a paciente; Avaliar necessidade de anestesia (anestesia local; raquianestesia em sela, bloqueio peridural; bloqueio de pudendo);
- B) Bexiga Vazia;
- C) Colo uterino completamente dilatado;
- D) Determinar variedade de posição; pensar em distócia de ombro;
- E) Equipamento pronto para uso (e assistente para auxiliar);
- F) Fórcepe - aplicação
 - Apresentação instrumento a vulva, simulando a maneira como ficará depois de aplicado na cabeça fetal (figura 7), após, os ramos devem ser desarticulados;
 - Introdução do ramo esquerdo e direito ou ramo posterior e anterior em movimentos de “introduz-abaixa”, penetrando as colheres nos vazios sacrais;



Fonte: registro fotográfico dos autores.

Figura 7. Apresentação do fórcepe de Simpson na variedade de posição direta occipitopúbica

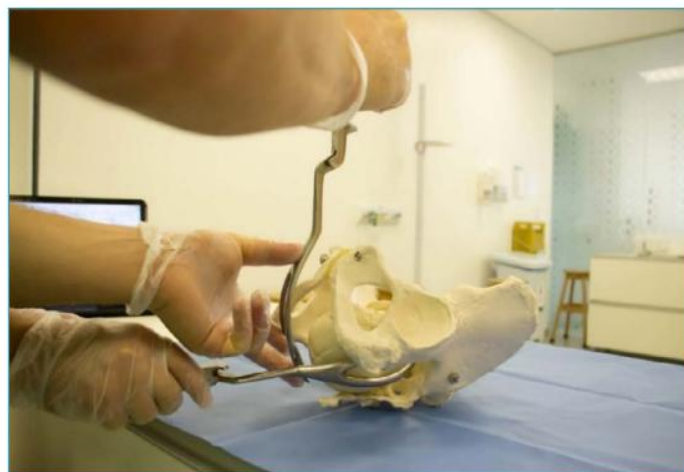
Observação: nas variedades oblíquas, o primeiro ramo aplicado deve ser o posterior. Nas variedades transversas (fórcepe de Kielland), o primeiro ramo a ser inserido preferencialmente é o anterior, porém é opcional. Nas variedades diretas (occipitopúbica [OP] e occipitossacra [OS]),

o ramo esquerdo deve ser aplicado primeiro, para evitar a necessidade do descruzamento dos ramos após a aplicação do segundo (ramo direito) - figuras 8 e 9).



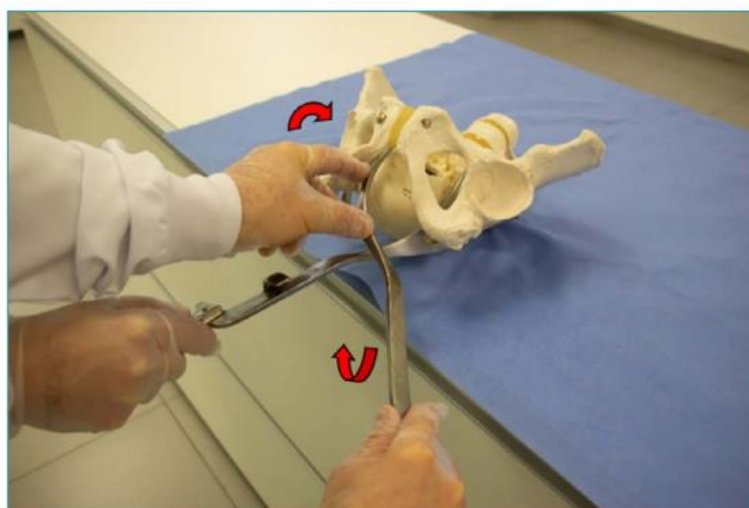
Fonte: registro fotográfico dos autores.

Figura 8. Aplicação do ramo esquerdo do fórcepe de Simpson na variedade de posição direta occipitopúbica



Fonte: registro fotográfico dos autores.

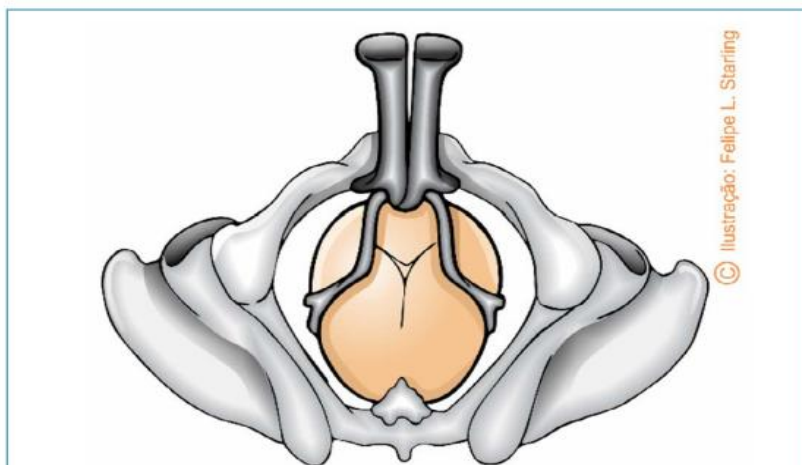
Figura 9. Aplicação do ramo direito do fórcepe de Simpson na variedade de posição direta occipitopúbica



Fonte: registro fotográfico dos autores.

Figura 10. Aplicação do ramo direito do fórcepe de Kielland, com a espiral de La Chapelle, na variedade de posição occipito-esquerda-anterior (OEA)

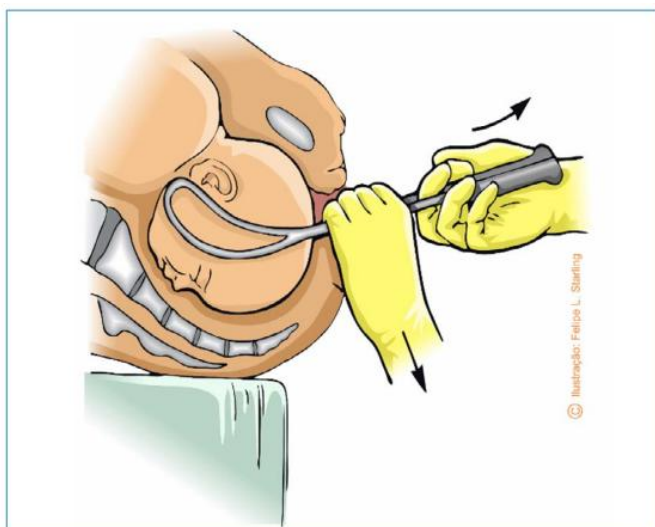
- Verificação da pega (biparietomalomentoniana). Critérios diagnósticos fundamentais (critérios de Laufe): a pequena fontanela deve estar a um dedo transversal do plano das hastes (“no centro da figura”); a sutura sagital deve situar-se perpendicularmente e equidistante ao plano das hastes; as fenestras das colheres não devem ser percebidas por mais que uma polpa digital entre a cabeça apreendida e o fórcepe, em nenhum dos lados (figura 11).
- Após a verificação da pega ideal, os ramos devem ser deslocados em direção ao occipital.



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 11. Critérios diagnósticos fundamentais da pega ideal (Laufe)

- G) Gentil tração (manobra de Saxtorph-Pajot);
- Deve ser simultânea às contrações e realizada de forma axial (no eixo do canal de parto), perpendicularmente ao plano de parada da apresentação. O operador deve estar em altura adequada, com o tórax no mesmo nível do canal de parto e com os braços flexionados pouco abaixo da mesa. A força deve ser exercida somente com os braços. Para obtenção da tração axial, a mão dominante, posicionada nos cabos, exerce força direcionada ao tórax do operador. Simultaneamente, a outra mão, posicionada nas hastes, efetua força direcionada para baixo, contra o períneo materno (manobra de Saxtorph-Pajot), proporcionando um vetor de 45° e tração axial efetiva.



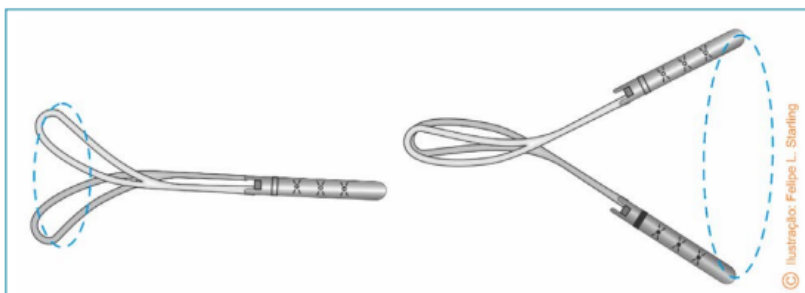
Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 12. Tração axial (manobra de Saxtorph-Pajot) na variedade de posição direta occipitopúbica

- H) Hora de elevar os cabos;
- A rotação com o fórcepe de Simpson deve ser efetuada com amplo movimento dos cabos em arco (circundução). Com o fórcepe de Kielland, o movimento dos cabos é efetuada em “chave

de fechadura” e a rotação pode ser completada antes da tração (figura 13).

Observação: o fórcepe de Simpson é mais adequado para pequenas rotações. Já o fórcepe de Kielland é o instrumento de escolha para as rotações acima de 45°.



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 13. Rotação em “chave de fechadura” com o fórcepe de Kielland e em amplo movimento de circundação dos cabos com o fórcepe de Simpson

- I) Incisão: realização de episiotomia;
- J) Já é hora de retirar o fórcepe quando a mandíbula se torna acessível
 - Os ramos são retirados em ordem inversa de sua aplicação e deve ser realizado antes que o polo cefálico esteja totalmente exteriorizado, para diminuir a tensão sobre o períneo. (figura 14).
 - O desprendimento do polo cefálico é completado pela manobra de Ritgen modificada.
 - Após completadas a extração fetal e a dequitação, efetua-se a revisão do canal de parto e, se necessário, o reparo das lacerações e/ou episiorrafia.



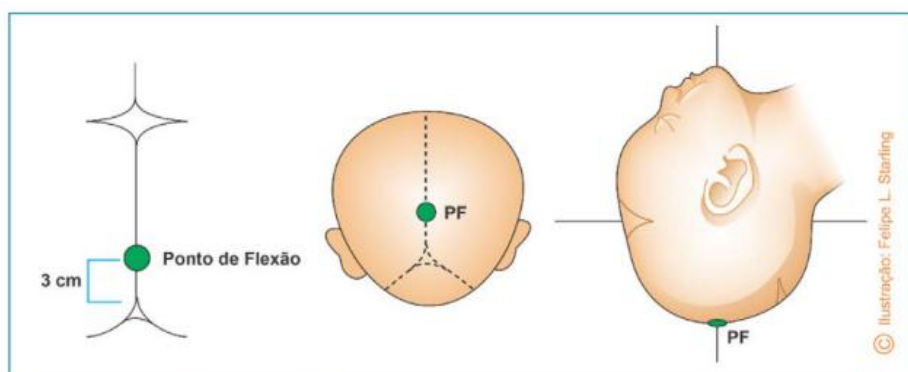
Fonte: registro fotográfico dos autores.

Figura 14. Remoção dos ramos do fórcepe de Simpson na variedade de posição direta occipitopúbica

8.2 Vácuo-extrator

- A) Ajuda (solicitar); Avise a paciente; Avaliar necessidade de anestesia (anestesia local - bloqueio de pudendo é preferível; raquianestesia em sela, bloqueio peridural - quando já com catéter de analgesia);

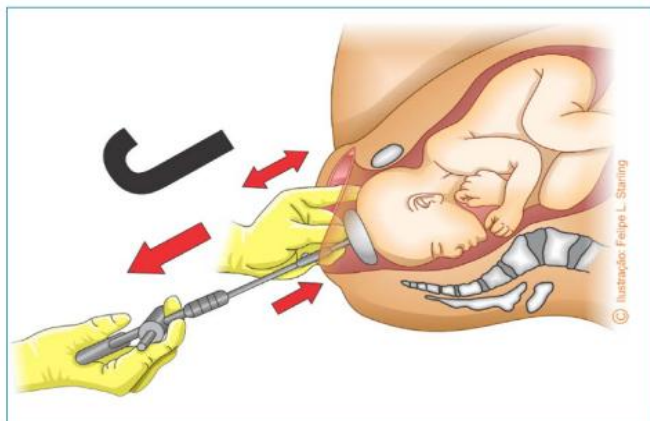
- B) Bexiga Vazia;
- C) Colo uterino completamente dilatado;
- D) Determinar variedade de posição; pensar em distócia de ombro;
- E) Equipamento pronto para uso (e assistente para auxiliar);
- Imediatamente antes do uso, o vácuo-extrator deve ser testado, realizando vácuo por meio de compressão da campânula na palma da mão. O instrumento também deve ser apresentado adiante da vulva, demonstrando como será a aplicação da campânula na cabeça fetal. Antes da aplicação da campânula, o couro cabeludo fetal deve ser secado.
- F) Fontanela posterior;
- Aplicar a cúpula do vácuo-extrator sobre a sutura sagital com equidistância nos ossos parietais e com seu centro a 3 cm adiante do lambda (no ponto de flexão). Com o centro da campânula posicionado no ponto de flexão, sua borda posterior vai distar 1 cm do lambda (figura 15).
- Observação:** o posicionamento da campânula é o mesmo para qualquer variedade de posição.



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 15. Ponto de flexão do polo cefálico fetal

- G) Gentil tração:
- Sempre confirmar a ausência de tecido materno entre a campânula e a cabeça fetal antes de realizar a tração.
 - A tração deve ser aplicada em ângulo reto com o plano da cúpula;
 - Realizar tração constante da linha do canal de parto para evitar trauma fetal;
 - Quando a aesa se apoiar na sínfise púbica para iniciar a deflexão, o cabo é levantado na posição horizontal para quase vertical;
- H) Hora da tração:
- O manômetro deve ser calibrado no máximo até 500 mmHg (entre 350 e 500 mmHg) durante as contrações, com redução para 100 mmHg no relaxamento uterino;
 - Repetir o ciclo quando a próxima contração começar;
 - A manutenção da pressão entre 350 e 500 mmHg no intervalo das contrações, parece não aumentar as complicações neonatais e também tem sido recomendada;
 - A tração durante a contração uterina deve seguir a curvatura pélvica (Jota de Pajot), mantendo a haste de tração sempre reta, em ângulo de 90° com a campânula;
 - A tração eficiente semelhante a um “cabo de guerra” - uma mão traciona e outra mantém a campânula acoplada ao polo cefálico (figuras 16 e 17).



Seta vermelha maior: força perpendicular de tração, em direção inferior
 Seta vermelha menor: força perpendicular de manutenção da campânula no polo cefálico fetal (dedo polegar), em direção superior
 Seta vermelha dupla: manutenção do acoplamento da campânula no couro cabeludo (dedos indicador e médio)
 Letra jota preta: direção resultante da tração, no formato de jota ("Jota de Pajot")
 Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 16. Técnica de tração na vácuo-extração



Fonte: Registro fotográfico dos autores.

Figura 17. Técnica de tração na vácuo-extração

- Falha: após 3 escapes da cúpula, se não houver progressão em 3 tentativas consecutivas ou quando o tempo de tração exceder 20 minutos;
- I) Incisão de episiotomia;
- Assim que o occipital alcança a sínfise púbica, a bomba de sucção e o tubo de conexão do vácuo-extrator são elevados e avalia-se a necessidade de episiotomia;
- J) Já é hora de retirar;
- Após exteriorização vulvar da mandíbula fetal, a campânula é removida pressionando-se a válvula de alívio da pressão (vácuo), e a extração do polo cefálico fetal é completada com a manobra de Ritgen modificada.

9. MANEJO DIANTE DA FALHA DO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO

O uso sequencial de fórcepe e vácuo possui associação com o aumento das taxas de hemorragia cerebral, subdural e subaracnoide e lesões do nervo facial e do plexo braquial. Ademais, as lacerações perineais graves também são mais comuns.

Visto que a eficácia na resolução do parto vaginal operatório é maior com os fórceps do que com os vácuo-extratores, quando ocorre a falha de tentativa da vácuo-extração, o uso subsequente do fórcepe pode ser aventado, poré, na falha de tentativa de fórcepe, a tentativa de vácuo-extração é contraindicada e a cesárea subsequente deve ser realizada.

Será considerado falha na aplicação de fórcepe após 3 tentativas de locar as colheres do fórcepe sem sucesso ou ausência de progressão fetal após tentativas adequadas de tração. Será considerado falha na utilização de vácuo extrator após 3 escapes da cúpula, se não houver progressão em 3 tentativas consecutivas.

10. PAPEL DO ULTRASSOM NO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO

A ultrassonografia pode ser um aliado no parto instrumentalizado para confirmar o diagnóstico da variedade de posição e da altura do polo cefálico, avaliando as probabilidades de sucesso e dos riscos do parto vaginal operatório. Os parâmetros a serem avaliados na determinação da posição e da variedade de posição são o cerebelo, órbitas e foice da linha média.

As medidas ultrassonográficas do perímetro cefálico, da distância entre o períneo e

o crânio fetal e do ângulo de progressão são preditivas de partos vaginais operatórios difíceis.

Estudos mostram que a ultrassonografia aumenta a precisão diagnóstica da variedade de posição, sem diferenças nos resultados maternos ou neonatais, portanto não há evidências suficientes para o seu uso rotineiro.

11. RECOMENDAÇÕES DE PROFILAXIA ANTIBIÓTICA E TROMBOPROFILAXIA NO PARTO VAGINAL OPERATÓRIO

Está recomendada uma dose única de antibioticoterapia endovenosa no parto vaginal operatório, visto que reduz significativamente a probabilidade de infecção. São também recomendadas técnicas corretas de assepsia.

Após o parto vaginal operatório, deve ser realizada uma avaliação das puérperas quanto ao risco de tromboembolismo venoso e necessidade de trombopprofilaxia, devido ao prolongamento do trabalho de parto e imobilidade no parto vaginal operatório.

12. COMPLICAÇÕES

12.1 Complicações Maternas

1. Lacerações no canal de parto (uterinas, cervicais e/ou vaginais);
2. Lacerações perineais graves (terceiro e quarto graus) e prolongamento da episiotomia;
3. Lesões vesicais e/ou uretrais e hematomas.

12.2 Complicações Fetais

1. Hemorragias subgaleais;
2. Escoriações;
3. Lacerações faciais;
4. Compressões oculares, abrasões da córnea, paralisia dos nervos facial e/ou hipoglosso;
5. Lesão de coluna cervical;
6. Fratura craniana;
7. Lacerações de couro cabeludo, os céfalo-hematomas e as hemorragias intracranianas, subgaleais e retinianas (vácuo-extrator).

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto vaginal operatório, com conhecimento e habilidade adequados para executá-lo, possui grandes vantagens. Ademais, o fórcepe e o vácuo-extrator são recursos potenciais para salvar vidas.

Atualmente o despreparo da nova geração de obstetras vem resultando na substituição desses instrumentos pela cesariana, que apresenta maior potencial de complicações e maior morbidade. Portanto, o treinamento para aplicação desses aparatos é de suma importância para uma boa prática médica dentro da obstetrícia.

Qualquer intercorrência durante os procedimentos deverá ser notificadas no VIGIHOSP (Sistema de Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas).

14. REFERÊNCIAS

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Parto vaginal operatório*. (Position Statement n. 7). Comissão Nacional Especializada em Urgências e Emergências Obstétricas. São Paulo: FEBRASGO, jul. 2023.

15. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

| Versão | Data | Descrição da atualização |
|--------|-----------|--|
| 1 | 24/2/2026 | Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT) |

16. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

| |
|--|
| <p>Elaboração – data: 30/10/2025 Alberto Borges Peixoto, médico da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL) Ana Clara Mendes Ribeiro, médica residente em Medicina Fetal Lohane Araújo Martins, médica residente em Ginecologia e Obstetrícia</p> <p>Análise – data: 9/1/2026 Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL</p> <p>Validação técnica – data: 12/11/2025 a 2/2/2026 Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado Luciana Paiva, chefe do Setor de Gestão da Qualidade</p> <p>Aprovação – data: 19/1/2026 Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – data: 24/2/2026 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p> |
|--|

ANEXO 1 – CHECKLIST PARTO SEGURO

CHECKLIST DE PARTO SEGURO

Nome completo: _____ Data Nascimento: ____/____/____. RG:

_____ Data Procedimento: ____/____/____.

Tipo de parto: _____

Imediatamente antes da expulsão (ou cesariana)

Na sala de Parto ou Pré-parto (após o parto)

_____ Modalidade: () Eletiva (

) Urgência **No momento da admissão**

- Identificação do cliente?

Sim Não

- Jejum?

Sim/Início _____ Não

- Punção venosa?

Sim Não

- Sorologias 3º Trimestre?

Sim Não

- Solicitado testes rápido?

Sim Não

- Solicitado exames para avaliar o bem estar fetal?

Sim Não Qual? _____

- Paciente tem alergia conhecida?

Sim : _____ Não

- Necessidade de reserva de leito Sim Não

UTIA UTIN UCIN

- Comorbidades

materna: _____

- Acompanhante?

Sim Não Quem _____

• • Confirmação sobre o cliente:

Identificação do cliente

Patograma construído

Sim Não

• • Equipe de enfermagem está disponível?

Sim Não

• • Parturiente com indicação de cesariana?

Sim/Motivo: _____ Não

• • Explicado a paciente e familiares

Sim Não

• • Presença segundo profissional para

auxiliar no parto?

Sim Não

• • Equipe anestésica está disponível?

• • Puérpera sangrando além do esperado?

Sim Não

• • Realizado manobras de HPP

Sim Não

Quais _____

• • RN identificado com pulseira, de acordo com a identificação da mãe?

Sim Não

• • O RN mamou na 1 hora de vida?

Sim Não

• • Contato pele a pele na 1 hora de vida?

Sim Não

• • O RN necessita:



Hospital de Clínicas



-Material necessário para exame está disponível?
 sim não Se não
 qual? _____

Condutor do Checklist (carimbo)

Sim Não Não se aplica
 • • Material essencial para o parto está
 disponível?

Sim Não
 • • A antibioticoprofilaxia foi administrada
 antes da incisão da pele?

Sim Não Não se aplica
 • • Confirmado o número de instrumentais
 existentes na caixa cirúrgica ao fim do procedimento
 e contagem de compressas, agulhas e lâminas?

Sim Não
 • • Presença de profissional capacitado para
 reanimação neonatal?

Sim Não
 • • O material necessário para recepção do
 RN está disponível?

Sim Não

Condutor do Checklist (carimbo)

Reanimação: Sim Não

Transferência para UTIN/UCIN? Sim Não

Cuidado especial ou vigilância? Sim Não

Condutor do Checklist (carimbo)



Hospital de Clínicas

