

PROTOCOLO

HC-UFTM/EBSERH

Diagnóstico e Manejo da Distócia de Ombros

Versão: 1 | 2025



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTONIO 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

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Unidade de Saúde da Mulher

Alberto Borges Peixoto, Unidade de Saúde da Mulher

Ana Clara Mendes Ribeiro, Programa de Residência em Medicina Fetal

Yahn Rezende Abreu, Programa de Residência em Medicina Fetal

Luisa Pessoni de Carvalho Garcia, 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

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

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

Data da emissão: 18/11/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.006

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 © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVO

Este protocolo tem por objetivo capacitar e instrumentalizar toda a equipe que assiste partos vaginais no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) para o diagnóstico e manejo da Distócia de Ombros (DO).

2. INTRODUÇÃO

2.1. Definição e fisiopatologia

A Distócia de Ombros é uma emergência obstétrica predominantemente imprevisível e não prevenível, que se caracteriza pela impactação do ombro fetal anterior na sínfise púbica materna após a exteriorização do polo cefálico, e que necessita de manobras tocúrgicas adicionais à tração suave descendente (manobra cabeça-ombro). Pode haver também impactação do ombro fetal posterior no promontório sacral materno, o que agrava a DO. ⁽¹⁾ A impactação ocorre quando o diâmetro biacromial é maior que o diâmetro anteroposterior da pelve e pode ser consequência de uma falha na rotação dos ombros para o diâmetro oblíquo no momento da entrada do diâmetro biparietal na pelve. Essa falha de rotação, por sua vez, altera o processo fisiológico onde o ombro posterior desce na frente do ombro anterior em um diâmetro oblíquo.

O objetivo do tratamento da DO é prevenir principalmente asfixia fetal, paralisia braquial permanente e morte, mas também lesões neonatais e lacerações de trajeto. Para tanto, é imprescindível que a equipe de assistência tenha uma atuação organizada, com sequenciamento rápido e hábil das manobras de delivramento. ⁽¹⁾

2.2. Fatores de risco

A incidência global de DO é maior em fetos com peso acima de 4000g. A incidência de DO em fetos com peso entre 2500g e 4000g é de 0,6-1,4% enquanto em fetos com mais de 4000g-4500g, varia entre 5-9%. ⁽²⁾

Outro fator de risco relevante é o diabetes materno, uma vez que a DO é seis vezes mais comum em filhos de mães diabéticas. Há nítido aumento do risco quando se combina diabetes materno e aumento do peso fetal, podendo chegar a uma incidência de 42% para filhos de mãe diabética com peso maior que 4500g.

Outros fatores de risco incluem pós-datismo, partos instrumentais, multiparidade, obesidade materna/ganho de peso excessivo, história de distócia de ombro em gravidez anterior, segundo estágio do parto prolongado, descida fetal demorada e desaceleração do trabalho de parto. ^(1,2)

Apesar do aumento da incidência nos fetos com peso maior que 4000g, o peso fetal não possui bom valor de predição para a DO e, a maioria dos fetos macrossômicos não evoluiu com DO. Metade das DOs ocorrem em recém-natos com peso ao nascer inferior a 4000g. ⁽¹⁾

3. PREVENÇÃO DA DISTÓCIA DE OMBRO

Não é recomendada pelvimetria clínica ou exames de imagem de rotina, pois não são úteis para identificar mulheres com risco aumentado de DO. ⁽¹⁾

A biometria fetal levemente anormal não é preditiva de DO. ⁽¹⁾ A cesárea eletiva apenas mostrou-se eficaz em reduzir a DO para fetos de mães diabéticas com peso estimado acima de 4500 g, ou para os fetos com peso estimado maior que 5000 g na ausência de diabetes,

desde que avaliados dentro de uma semana do parto ⁽¹⁾

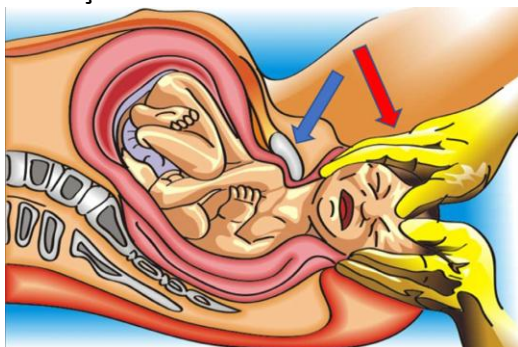
A cesárea intraparto pode ser benéfica nos casos de segundo período prolongado (4 horas nas primíparas com analgesia, 3 horas nas primíparas sem analgesia ou multíparas com analgesia e 2 horas nas multíparas sem analgesia) em parturientes diabéticas com peso fetal estimado entre 4000 e 4500 g, ou em parturientes não diabéticas com peso fetal estimado entre 4500 e 5000 g. ⁽¹⁾

Também é sugerida cesárea intraparto no lugar de parto vaginal operatório na pelve média para fetos com peso estimado maior que 4000g, na vigência de segundo período prolongado. ⁽¹⁾

Nas pacientes com história de DO prévia, principalmente se lesão neonatal grave, o risco de recorrência e os demais fatores de risco da gestação atual devem ser considerados na tomada de decisão da via de parto. ⁽¹⁾

4. DIAGNÓSTICO DA DISTÓCIA DE OMBRO

É marcante a subjetividade do diagnóstico e da gravidade da DO. O evento fica mais evidente diante da falha da manobra cabeça-ombro e/ou da retração da cabeça fetal para o períneo, determinada pela tração reversa do ombro impactado na entrada da pelve (sinal da tartaruga). Outros critérios mais objetivos, como intervalo superior de 60 segundos entre o desprendimento da cabeça e o desprendimento dos ombros ainda carecem de estudos para validação. ⁽¹⁾⁽²⁾



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling

Figura 1. Manobra cabeça-ombro (seta azul: impactação do ombro anterior atrás da sínfise púbica; seta vermelha: pressão inferior exercida no polo cefálico na manobra cabeça-ombro). Extraído de: FEBRASGO, 2022

5. MANEJO INICIAL DA DISTÓCIA DE OMBRO

O manejo da DO tem o objetivo de completar o desprendimento fetal com segurança, antes da asfixia e lesão cortical decorrentes da compressão do cordão umbilical e do impedimento da inspiração, evitando lesões neurológicas periféricas ou outros traumas fetais e/ou maternos. O tempo limite ante asfixia é cinco minutos. ⁽¹⁾⁽²⁾

Diagnosticar prontamente e comunicar a equipe e a paciente. Delegar funções a equipe para atuação efetiva deles. O médico assistente deve liderar a equipe com comunicação clara, definir quem: marcará momento do diagnóstico, cronometragem da assistência, orientar a paciente sobre não realizar puxos voluntários.

Imprescindível:

1. **Não exercer tração excessiva para liberação dos ombros e não pressionar o fundo**

uterino, uma vez que essas ações se associam ao estiramento do plexo braquial, agravamento da impactação e rotura uterina. ⁽¹⁾

2. **Não seccionar o cordão umbilical antes da liberação dos ombros**, pois essa ação não contribui para a resolução da DO e reduz ainda mais a oxigenação do feto. Se presentes, as circulares de cordão devem ser liberadas sem secção. ⁽¹⁾

3. **Evitar a realização de episiotomia**, uma vez que o procedimento não resolve a DO, que é resultante de impactação óssea. Entretanto, diante da necessidade de manobras internas, a episiotomia pode ser necessária nos casos em que a resistência perineal dificulta a execução das manobras. A sondagem vesical também pode ser necessária. ⁽¹⁾

4. **Promover comunicação eficiente dos membros da equipe assistencial**, que devem receber informações claras e objetivas das ações realizadas e dos desfechos, evitando repetição desnecessária de manobras e otimizando o manejo em tempo oportuno. ⁽¹⁾

6. MANOBRAS NA DISTÓCIA DE OMBRO

As evidências sobre a eficácia e o sequenciamento das diversas manobras são escassas. Portanto, não existe definição sobre qual manobra é superior a outra e nem sobre qual é a sequência de manobras ideal. As manobras tentam resolver a DO por meio de três mecanismos:

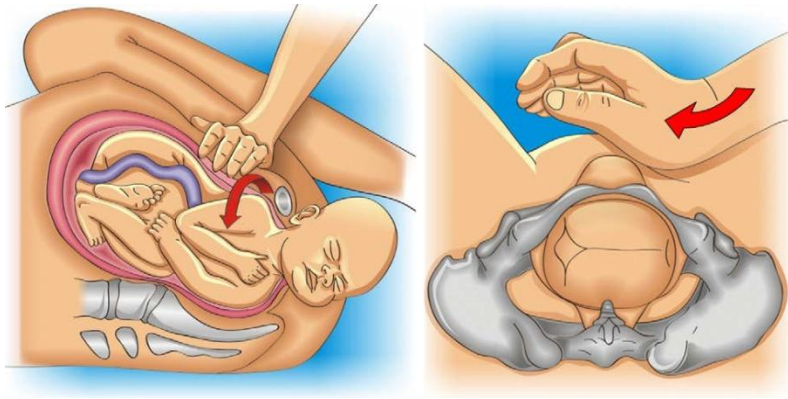
1. Ampliação das dimensões pélvicas maternas.
2. Redução do diâmetro biacromial fetal por meio da adução dos ombros ou da remoção do braço posterior.
3. Modificação na relação entre o diâmetro biacromial do feto e a pelve óssea materna, girando o tronco fetal para o diâmetro oblíquo da pelve (mais amplo) e descompactando o ombro anterior por trás da sínfise púbica ou liberando o braço e/ou ombro posteriores.

6.1. Manobras em pacientes em posição de litotomia

Manobras de McRoberts e Rubin I: essas manobras são eficientes e menos invasivas. Na manobra de McRoberts, os membros inferiores são flexionados contra o abdome (hiperflexão das pernas e das coxas), devendo ser previamente removidos quando acomodados em perneiras. A manobra de Rubin I, executada simultaneamente com a de McRoberts, otimiza a liberação do ombro por meio da sua adução. A manobra de Rubin I é realizada por um auxiliar que, posicionado do lado do dorso fetal, realiza uma compressão suprapúbica em direção inferomedial. A compressão deve ser realizada com as mãos espalmadas, posicionadas de forma semelhante à massagem cardíaca. Sob o comando do obstetra que efetua a tração inferior na cabeça fetal, a manobra deve ser iniciada imediatamente antes da manobra cabeça-ombro. ⁽¹⁾

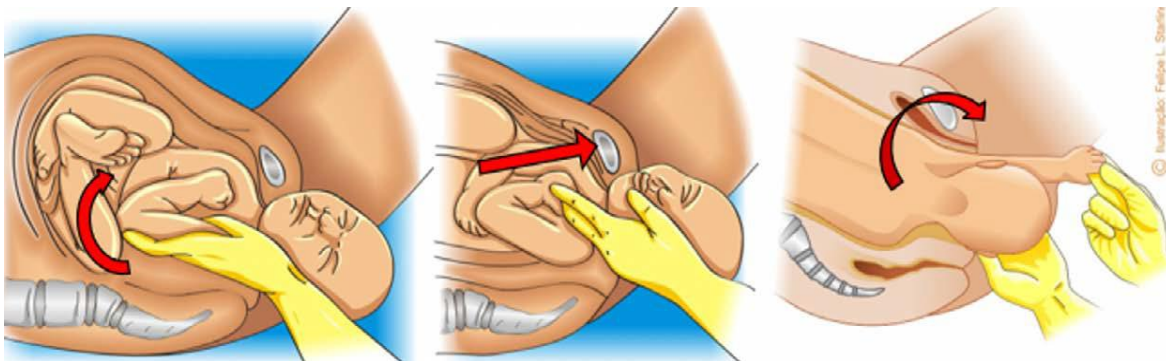


Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling. Figura 2. Manobra de McRoberts



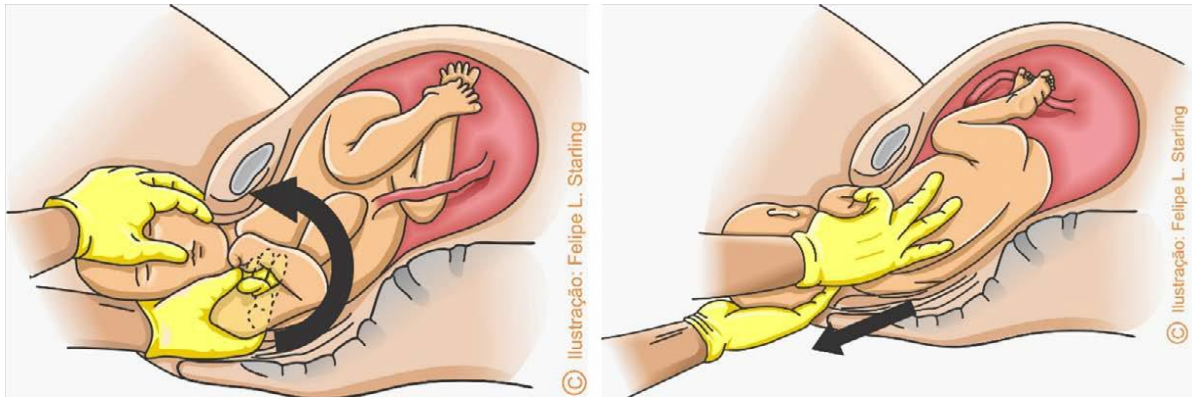
Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling. Figura 3. Manobra de Rubin I. Extraído de: FEBRASGO, 2022

Manobra de Jacquemier: diante da falha das manobras de McRoberts e de Rubin I, o sequenciamento das manobras deve progredir para o desprendimento completo do braço posterior ou para a liberação do ombro posterior. Embora mais invasiva, a manobra para o desprendimento completo do braço posterior (manobra de Jacquemier) apresenta alta taxa de sucesso na resolução da DO. Primeiramente, a mão é introduzida na vagina, progride através do vazio sacral e apreende o braço posterior, com os dedos posicionados paralelamente ao úmero. Em um segundo tempo, o braço é deslocado adiante do tórax fetal. Se o braço fetal estiver estendido, é necessário executar uma pressão na fossa antecubital para otimizar o deslocamento. Em um terceiro passo, o antebraço e a mão são apreendidos e tracionados para fora da vagina, passando adiante do tórax fetal, promovendo a rotação anterior do tronco fetal e, subsequentemente, a liberação do antebraço, braço e ombro posteriores pelo espaço anterior da pelve materna. ⁽¹⁾



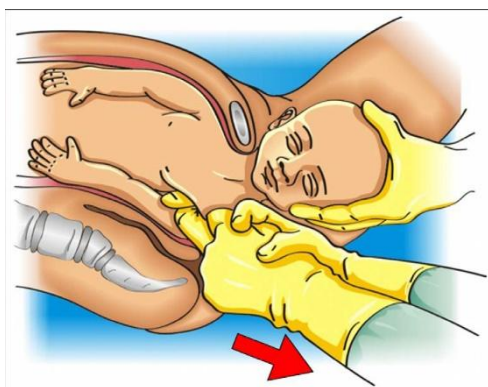
Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling. Figura 4. Manobra de Jacquemier. Extraído de: FEBRASGO, 2022

Manobra de Shrug é uma alternativa eficiente à manobra de Jacquemier. A mão do operador apreende a axila posterior do feto, entrelaçando os dedos polegar e indicador no cavo axilar. A axila é deslocada em direção à cabeça fetal, posicionando o ombro posterior em um nível inferior ao da sínfise púbica. Simultaneamente, a outra mão segura a cabeça do feto. A cabeça e o ombro são girados juntos em 180°, em direção à face fetal, liberando o ombro posterior, anteriormente na pelve. Alocado posteriormente após a rotação do tronco fetal o ombro anterior é o último a se desprender. ⁽¹⁾



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling. Figura 5. Manobra de Shrung. Extraído de: FEBRASGO, 2022

Manobra de Menticoglou: outra estratégia é executar tração axilar para descida ou liberação do ombro posterior. A manobra é realizada por meio do entrelaçamento dos dedos médios de cada mão do operador na axila posterior do feto. Enquanto um auxiliar flexiona a cabeça fetal em direção ao ombro anterior impactado, o operador introduz o dedo médio da sua mão esquerda no lado direito da pelve materna e o dedo médio direito no lado contralateral. Os dedos são entrelaçados no cavo axilar fetal e uma tração inferior é executada ao longo da curvatura sacral.⁽¹⁾



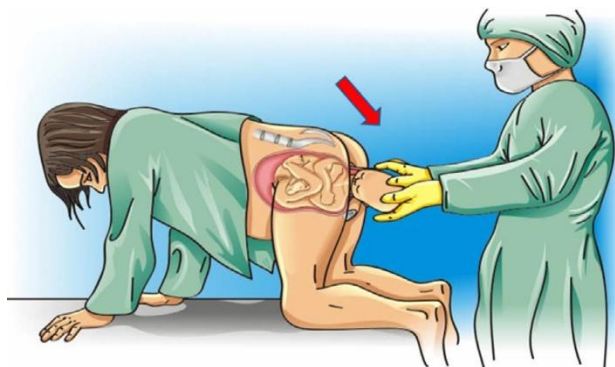
Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling. Figura 6. Manobra de Menticoglou. Extraído de: FEBRASGO, 2022

Uma abordagem alternativa para o desprendimento do ombro posterior é realizar a apreensão da axila e tração inferior do ombro com mão única. Nessa situação, o dedo indicador envolverá a axila pelo dorso fetal e o polegar deslizará anteriormente ao ombro. As pontas dos dedos devem tocar-se no cavo axilar fetal. Subsequentemente, a tração inferior é executada.

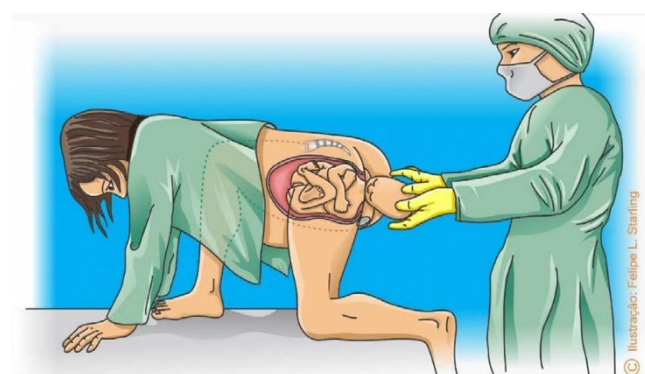
Diante da falha na abordagem inicial, manobras secundárias devem ser instituídas. As principais são a manobra de Gaskin e as manobras rotatórias internas (Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa).⁽¹⁾

Gaskin ou em “largada de corrida”: na manobra de Gaskin, a parturiente é posicionada em “apoio nos quatro membros”. Alternativamente, pode-se adotar a posição de “largada de corrida”, em que o membro inferior homolateral ao dorso fetal será flexionado e deslocado anteriormente à pelve materna, enquanto a outra perna permanece estendida posteriormente. A tração pode ser efetuada em direção inferior (liberação do ombro posterior) ou superior

(liberação do ombro anterior). Também podem, opcionalmente, anteceder a tentativa de remoção do braço ou ombro posterior, manobras tecnicamente mais difíceis. ⁽¹⁾



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling. Figura 7. Manobra de Gaskin. Extraído de: FEBRASGO, 2022

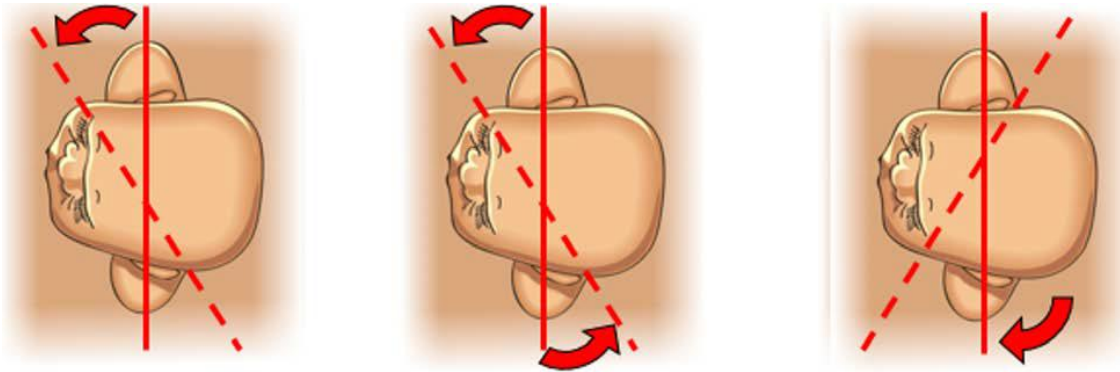


Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling. Figura 8. Posição de "largada de corrida". Extraído de: FEBRASGO, 2022

Manobras Rotatórias Internas

As manobras rotatórias internas devem ser aplicadas em sequenciamento:

- ✓ **Manobra de Rubin II:** adução do ombro anterior impactado, por meio da manobra de Rubin II. A mão do operador a efetuar a manobra deve ser a do lado correspondente ao do dorso fetal. A mão deve ser introduzida pelo vazio sacral homolateral ao do dorso fetal, ser deslocada superiormente e alocada atrás do ombro anterior impactado, para promover a sua adução. ⁽¹⁾
- ✓ **Manobra do Parafuso de Woods:** a mão deve ser posicionada (ou mantida, após a realização da manobra de Rubin II) atrás do ombro fetal anterior enquanto a outra mão é introduzida no vazio sacral contralateral e alocada adiante do ombro posterior. Assim, simultaneamente, a mão superior efetua compressão posterior de adução do ombro impactado e a mão inferior comprime anteriormente o ombro posterior, abduzindo-o e otimizando a tentativa de deslocamento do diâmetro biacromial para o diâmetro oblíquo da pelve. ⁽¹⁾
- ✓ **Manobra de Woods reversa:** a mão inferior do operador é removida do trato genital e a mão superior é deslocada inferiormente, alocando atrás do ombro posterior para efetuar a rotação interna do dorso fetal de 180°, invertendo os ombros fetais para uma posição oblíqua de desprendimento. ⁽¹⁾



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling

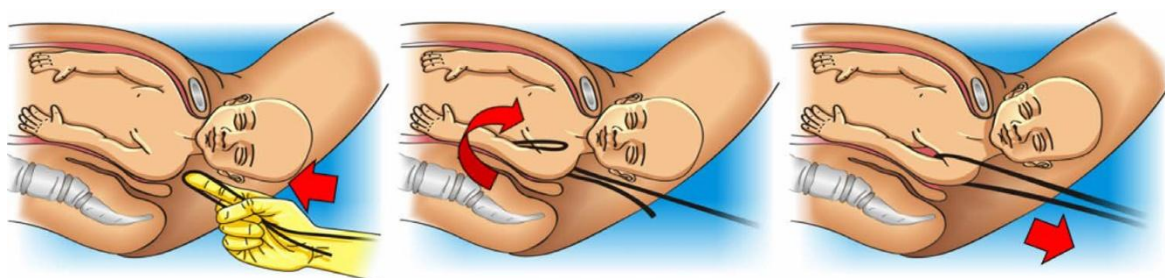
Figura 9. Manobra de Rubin II, Parafuso de Woods e Woods reversa, respectivamente. Extraído de: FEBRASGO, 2022

Manobras de última instância (resgate)

A fratura da clavícula e a extração do ombro posterior com o auxílio de uma tipoia são manobras que podem ser tentadas imediatamente antes das manobras clássicas de última instância (Zavanelli, resgate abdominal e sinfisiotomia).⁽¹⁾

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.

O ombro posterior pode ser extraído com o auxílio de uma tipoia aplicada na axila posterior, mas este procedimento pode levar a fratura do úmero. Uma sonda urinária n° 12 ou 14 é dobrada em alça e empurrada por detrás da axila posterior, até ser recuperada no lado contralateral da pelve, anteriormente ao tórax fetal, 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 contrapressão efetuada atrás do ombro anterior.⁽¹⁾



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling

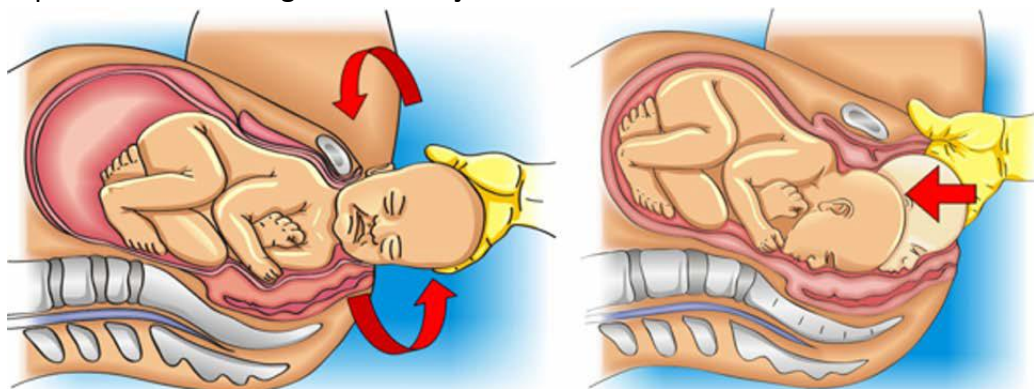
Figura 10. Extração do ombro posterior com auxílio de tipoia. Extraído de: FEBRASGO, 2022

Manobra de Zavanelli

Após relaxamento muscular (sedação) e uterino adequado, a manobra de Zavanelli (Gunn-Zavanelli-O'Leary) reposiciona a cabeça fetal na pelve para uma cesárea subsequente.⁽¹⁾

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. ⁽¹⁾



Fonte: Ilustração de Felipe Lage Starling. Figura 11. Manobra de Zavanelli. Extraído de: FEBRASGO, 2022

Resgate abdominal

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. ⁽¹⁾

Apesar de poder salvar vidas, a sínfisiotomia deve ser uma 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. ⁽¹⁾

Foi proposto o Mnemônico ALEERTA para o manejo da DO em parturientes posicionadas sob litotomia no momento do parto:⁽¹⁾

A	Chamar A juda; A visar a parturiente; A nestesista a postos
L	Levantar os membros inferiores em hiperflexão (McRoberts)
E	Pressão suprapúbica E xterna (Rubin I)
E	Considerar E pisiotomia
R	R emover o braço posterior (Jacquemier)
T	T oque para manobras internas (Rubin II, Woods, Woods reversa)
A	A lterar posição para quatro apoios (Gaskin)

6.2 Manobras em pacientes em posições verticais

Para pacientes em posições supinas, com liberdade de movimentação e o prévio posicionamento da paciente em posições já com alguma flexão de membros inferiores, o sequenciamento das manobras para solução da DO pode ser diferente, visando evitar a perda adicional de tempo para reposicionar a paciente. ⁽¹⁾⁽²⁾

O mnemônico A SAÍDA foi proposto para o sequenciamento de manobras no tratamento da distocia de ombro nas posições verticais. ⁽²⁾

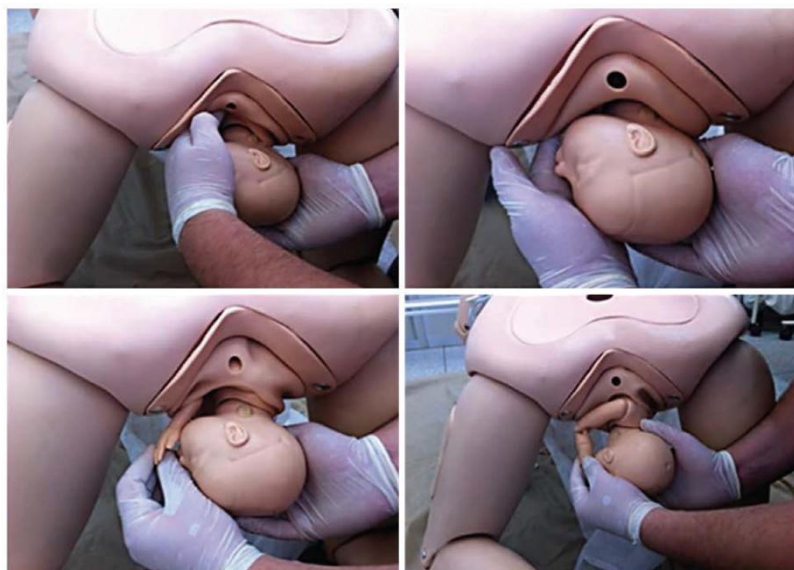
A	Chamar A juda; A visar a parturiente; A nestesista a postos; A umentar o agachamento (McRoberts Modificada)
S	Pressão S uprapúbica externa (Rubin I)
A	A lterar a posição para quatro apoios (Gaskin)
I	I nternas (Rubin II, Woods, Woods reversa)
D	D esprender o braço posterior
A	A valiar manobras de resgate



Fonte: Adaptada de Amorim et al. Figura 12. Sequenciamento inicial das manobras no mnemônico A SAÍDA. Aumentar o agachamento (manobra de McRoberts modificada); pressão suprapúbica e alterar a posição da parturiente (quatro apoios). Extraído de: FEBRASGO, 2022



Fonte: Adaptada de Amorim et al. Figura 13. Sequenciamento intermediário das manobras no mnemônico A SAÍDA. Manobras de Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa. Extraído de: FEBRASGO, 2022



Fonte: Adaptada de Amorim et al. Figura 14. Sequenciamento final das manobras no mnemônico A SAÍDA. Desprendimento do braço posterior em posição de quatro apoios (Gaskin). Extraído de: FEBRASGO, 2022

7. COMPLICAÇÕES

As complicações maternas graves mais comuns são a hemorragia pós-parto (atonía uterina e lesões do trajeto) e as lacerações perineais complicadas. Outras complicações incluem a diástase da sínfise púbica, as lesões do trato urinário (uretra e bexiga) e a neuropatia cutânea femoral lateral transitória, secundária à manobra de McRoberts. As manobras de última instância podem se associar mais a rotura uterina, diástase da sínfise púbica e lesões do trato urinário. ⁽¹⁾

As lesões neonatais incidem em 5% das distocias de ombro e podem ocorrer mesmo quando o tratamento é adequadamente instituído. A força excessiva na cabeça fetal simultânea à impactação do ombro promove o estiramento dos nervos do plexo braquial, com potencial agravamento das lesões determinado pelas manobras de delivramento executadas. Ainda, a compressão do cordão umbilical e do pescoço fetal e a estimulação vagal excessiva são eventos que resultam em asfixia neonatal. A complicação neonatal mais frequente é a lesão do plexo braquial. O estiramento do plexo braquial é significativamente mais incidente quando três ou mais manobras são realizadas. As lesões nas raízes C5 e C6 ou em C5, C6 e C7 (paralisia de Duchenne-Erb) são de melhor prognóstico e se recuperam dentro de seis meses em mais da metade dos infantes. Já as lesões envolvendo todas as raízes de C5 a T1 se restabelecem em cerca de 14% dos casos. Outras complicações neonatais graves são as fraturas da clavícula e do úmero, pneumotórax, encefalopatia hipóxico-isquêmica e óbito neonatal. ⁽¹⁾

8. DESCRIÇÃO ADEQUADA (PRONTUÁRIO)

A documentação adequada do evento é importante para o aconselhamento das pacientes e para assuntos legais. A documentação 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.

Deve-se detalhar qual ombro estava impactado e em quais foram realizadas as manobras de delivramento (detalhar conforme o sequenciamento ocorrido). Deve-se descrever o tempo gasto em cada manobra, assim como o 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, o pH do cordão umbilical e a avaliação neonatal. ⁽¹⁾

9. FLUXOGRAMA



Figura 15. Fluxograma do processo. Fonte: dos autores.

10. REFERÊNCIAS

1. Alves AL, Nozaki AM, Polido CB, Knobel R, FEBRASGO Position Statement: Manejo da Distócia de Ombro. Número 7, julho de 2022.
2. Amorim MM, Duarte AC, Andreucci CB, Knobel R, Takemoto ML. Distocia de ombro: Proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. FEMINA. 2013;41(3):115-24.
3. YEOMANS, Edward R.; HOFFMAN, Barbara L.; GILSTRAP, Larry C. et al. Cirurgia obstétrica de Cunningham e Gilstrap: procedimentos simples e complexos. Porto Alegre: ArtMed, 2019. Ebook. ISBN 9788580556131. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580556131>.
4. HOSPITAL CLÍNIC; HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU; UNIVERSITAT DE BARCELONA. Protocolo: distocia de ombros. Barcelona: Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona, 2019. Disponível em: <https://www.medicinafetalbarcelona.org>. Acesso em: 23 set. 2025.

11. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	18/11/2025	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)

12. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p>Elaboração da versão atual – data: 10/10/2025 Mário Sérgio Silva Gomes Caetano e Alberto Borges Peixoto, médicos da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL) Ana Clara Mendes Ribeiro e Yahn Rezende Abreu, médicos residentes de Medicina Fetal Luisa Personi de Carvalho Garcia, médica residente de ginecologia e obstetrícia</p> <p>Análise – data: 10/10/2025 Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL</p> <p>Validação técnica – data: 13/10/2025 a 10/11/2025 Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado</p> <p>Aprovação – data: 11/11/2025 Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde</p> <p>Registro, validação de forma e revisão – 18/11/2025 Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
