

**01 de Maio de 2009.**

### **Parto**

Aula mais importante de obstetrícia.

O que cai mais em prova vai ser falado em sala.

Não vai ser falado e deve ser estudado:

Cesariana: caem as indicações.

Amniorrêxis: cai o diagnóstico.

### **Parto vaginal**

É o tema central de obstetrícia e cai muito em prova.

"Ao cabo de penoso afã, desprende-se o concepto do claustro materno..." (Rezende)

Sem comentários...

### **O parto**

Trajeto: por onde o neném passa; o que importa é a bacia óssea.

Objeto: o próprio feto; como ele se relaciona (estática fetal).

Motor: força que empurra o feto (objeto) pela bacia (trajeto).

Mecanismo: forças que o feto faz para passar (insinuação; rotação da cabeça).

Fases: fases clínicas do parto é o que acontece com a mãe (a mãe dilata o colo; descola a placenta; ela que merece cuidado pós-parto).

### **Trajeto duro**

3 ossos: dois ilíacos, sínfise púbica e sacro.

São articulações de pouca mobilidade.

Quando o feto for passar não é a bacia que se abre; é o feto que se encaixa para passar (mecanismo do parto – movimentos que o feto tem que fazer para passar por ali porque a bacia se mexe pouco).

A bacia tem uma curvatura, parece um J. Além disso, a superfície interna é toda irregular (existem lugares com proeminências ósseas; lugares mais apertados e outros mais apertados). Disso decorre o fato de o feto ter que se contorcer todo para passar.

### **Estreitos da bacia**

Lugares mais apertados da bacia; lugares onde o feto faz algum mecanismo para passar...

A) Estreito superior (tampa da bacia)

Borda superior da sínfise púbica; asas do sacro e promontório.

B) Estreito médio

Passa pela borda inferior da sínfise púbica e espinhas isquiáticas.

É o lugar mais apertado da bacia.

C) Estreito inferior

Borda inferior da sínfise púbica até o cóccix.

Marca o fim do trajeto. O feto passou daí, vai nascer.

É importante conhecer as medidas/distâncias da bacia.

### **Conjugatas**

Distâncias da bacia que possuem interesse para a gente.

#### **Conjugata anatômica**

Borda superior da sínfise até o promontório.

Faz parte de um plano anatômico da bacia: o estreito superior (andar que marca a entrada da bacia).

11,5 cm.

### **Conjugata obstétrica**

Parede posterior da sínfise até o promontório.

É a menor: é ela quem pode trazer dificuldade no parto.

Possui importância obstétrica, para o parto.

10,5 cm

### **Conjugata diagonalis**

Limite inferior da sínfise até o promontório.

12.

### **Conjugata exitus**

É o diâmetro AP do estreito inferior. Vai da borda inferior da sínfise púbica até o cóccix.

Marca a saída da bacia.

9,5 a 11 cm.

Antigamente fazíamos medidas das bacias (pelvimetria) para saber se a mulher podia fazer parto normal ou não.

Hoje o que fazemos é uma prova de trabalho de parto: se o neném não está passando, operamos a mulher. Isto pode ser feito porque nos dias atuais toda maternidade tem um centro cirúrgico.

Ainda avaliamos de certa forma a medida interna da bacia. Através do toque conseguimos ter uma idéia das medidas da bacia.

O que interessa é medir a conjugata obstétrica. Na realidade fazemos uma análise indireta dela: analisamos a conjugata diagonalis (tentamos encostar o dedo no promontório → medimos a distância da entrada da vulva até a ponta do dedo). **Sabemos que a conjugata obstétrica = 1 cm menor do que a diagonalis.**

O tamanho mínimo da conjugata obstétrica deve ser 10,5 cm para o feto nascer.

## **Tipos de bacia**

### **A) Ginecóide**

Arredondada, mas com diâmetro transverso e oblíquo maiores um pouquinho.

É a bacia mais comum nas mulheres (50%).

É uma bacia favorável ao parto normal.

### **B) Platipelóide (chata)**

5% das mulheres.

Normalmente não trás dificuldades para o parto.

O feto sempre enfia a cabeça na bacia ocupando o maior diâmetro da bacia: o neném enfia a cabeça nessa bacia/estrito superior (insinuação) numa variedade transversa.

### **C) Antropóide**

20-25% das mulheres.

Bacia típica dos gorilas.

O maior diâmetro do estreito superior é ântero-posterior.

O neném insinua numa variedade direta (occipito-púbico ou occipito-sacro).

Não costuma atrapalhar parto normal (já viu gorila fazendo cesariana?).

### **D) Andróide (triangular)**

Bacia típica dos homens.

Bacia de péssimo prognóstico para parto normal: o neném não nasce.

Assim, devemos utilizar a via abdominal alta (cesariana = laparotomia + uterotomia).

## **Objeto**

Corresponde ao feto.

### **Estática fetal**

Para saber se pode haver parto normal ou não.

Apresentação pélvica requer cesariana, por exemplo.

Fazemos a estática através do toque (altura do neném e variedade de posição) e da palpação (atitude; situação; apresentação; posição).

### 1) **Atitude fetal**

Relação das partes fetais entre si.

O feto deve se encolher todo para poder passar.

A atitude fetal normal é de flexão generalizada (feto encosta queixo no tórax; membros superiores e inferiores fletidos na frente do corpo).

### 2) **Situação fetal**

Relação do maior eixo do feto (coluna) com o maior eixo da mãe.

Pode ser longitudinal, transversa ou oblíqua (esta é transitória → vira transversa ou longitudinal).

O mais comum é a situação longitudinal (99% das vezes).

### 3) **Posição fetal**

Relação do dorso fetal com a mãe.

Pode ser direita ou esquerda.

Serve para saber onde procurar o BCF (mais audível no dorso do feto – na escápula).

O mais comum é a posição esquerda.

### 4) **Apresentação fetal**

Parte fetal que se apresenta ao canal do parto. Pode ser a cabeça, o bumbum ou o ombro. Se for a mão; o pé; ou o cordão chamamos de proscidência (uma parte fetal se coloca no canal do parto). A apresentação pode ser:

**A) Cefálica:** cabeça para baixo. 96%. Se o neném estiver fletido: apresentação cefálica fletida. Se o neném não estiver fletido: apresentação cefálica defletida. Existem 3 graus de deflexão.

**A.1) Apresentação cefálica fletida:** pelo toque sentimos o lambda (encontro de 3 ossos; forma o triângulo; o lambda; tocamos a sutura sagital – linha de orientação é sagital).

**A.2) Apresentação cefálica defletida de primeiro grau (de bregma):** pelo toque sentimos o bregma (fontanela anterior; encontro de 4 ossos; é maior e losangular/quadrilátera; nasce aberta e mole; tocamos uma parte da sutura sagital e a sutura metópica – linha de orientação sagito-metópica; sutura metópica divide o frontal em dois ossos).

**A.4) Apresentação cefálica defletida de segundo grau (de frente):** pelo toque sentimos a glabella (raiz do nariz; linha de orientação é a sutura metópica).

**A.5) Apresentação cefálica defletida de terceiro grau (de face):** pelo toque sentimos o mento (queixo; linha de orientação é a linha facial – olhos; nariz; etc).

As suturas nos ajudam nesse diagnóstico que pode ser difícil. Equivalem às linhas de orientação supra-mencionadas.

**B) Pélvica:** bumbum para baixo. 3%.

**B.1) Apresentação completa ou pelvipodálica:** feto põe os pés e o bumbum na bacia. O neném está todo dentro do canal do parto (completa). A bacia está completamente preenchida.

**B2.) Apresentação incompleta ou modo de nádegas:** feto põe só o bumbum na bacia (as pernas ficam para cima). A bacia não está completamente preenchida.

**C) Córmica:** ombro para baixo. O neném não nasce. Feto só nasce em apresentação pélvica ou cefálica.

### **Toque – define altura da apresentação e variedade da posição.**

### 5) **Altura da apresentação**

O padrão ouro são os Planos de DeLee. É muito mais fidedigno do que os planos de Hodge.

O que interessa saber durante o trabalho de parto é se o feto já passou pelo estreito médio ou não (se ele já passou por esse lugar que é o local mais apertado, ele vai nascer).

Assim chamamos o estreito médio (plano das espinhas) de marca zero; ponto zero.

Se o feto não passou pelo plano zero, a coisa está ruim, e graduamos negativamente (para cima).

Se o feto já passou pelo plano zero, a coisa está boa, e graduamos positivamente (para baixo).

Avaliamos fazendo o toque e procurando a ponta da apresentação (por exemplo, a ponta da cabeça).

Se a ponta da cabeça estiver 4 cm abaixo do nível das espinhas dizemos que ele está no plano +4 de DeLee.

Se a ponta da cabeça estiver 2 cm acima do nível das espinhas dizemos que ele está no plano -2 de DeLee.

## 6) Variedade de posição – corresponde às siglas

A primeira letra é o ponto de referência fetal e as outras letras (segunda ou segunda e terceira) são os pontos de referência maternos.

Devemos encarar a mulher de perna aberta nos olhando. Direita é a direita da mãe; esquerda é a esquerda da mãe. A mulher está deitada.

Pontos de referência maternos: posterior é abaixo do nível das espinhas; anterior é acima do nível das espinhas; sacro é para baixo; pube é para cima. São pontos de referência: pube; EA; ET; EP; DP; DT; DA; em sentido horário e a partir do púbis. Lembre-se de que a mulher está deitada...

Pontos de referência fetais: lambda (mas na hora de darmos o nome da variedade utilizamos o nome occipito); bregma (encontro de 4 ossos; moleira da criança; fontanela maior). O ponto de referência é o lambda, mas chamamos de occipito. Devemos procurar no toque o osso único para dar a variedade de posição. A variedade recebe o nome do ponto de referência que estamos tocando. Exemplo: bregma esquerda anterior → sabemos que está defletido e tocamos o bregma. Para apresentação defletida de segundo grau utilizamos como ponto de fetal a glabella e utilizamos a letra N (de naso). Quando tocamos o occipito utilizamos a letra O; quando tocamos o mento utilizamos a letra M; quando tocamos o bregma utilizamos a letra B. Essa letra é a primeira a aparecer no item variedade de posição. A primeira letra da variedade é o ponto de referência fetal, podendo ser inclusive o sacro (utilizamos a letra S). Por exemplo, podemos ter uma variedade de posição SDT: sacro-direita-transversa.

### Manobras de Leopold-Zweifel

A última manobra (você enfia a mão dentro das partes baixas da mulher...) é para definir a altura fetal e não é mais utilizada porque a altura fetal é melhor definida pelos planos de DeLee (por meio do toque vaginal).

Primeira manobra: existe algum pólo fetal ocupando o fundo de útero? A primeira manobra define a situação fetal. Além disso, fornece uma dica da apresentação (a apresentação é lá embaixo; é quem se insinua...): se tocamos lá em cima o bumbum (superfície mole e com irregularidades), a cabeça (superfície lisa e dura) deve estar lá embaixo (ou seja, a apresentação é cefálica).

Segunda manobra: mostra a posição do neném (onde está o dorso do feto). Se conseguirmos identificar uma parte fetal, já conseguimos dizer onde está o dorso: se identificamos uma parte fetal (braços, pernas), sabemos que o dorso está do outro lado.

Assinclitismo são movimentos de lateralização da cabeça do feto.

### Mecanismo do parto

O que o neném precisa fazer (movimentos) para passar pelo canal do parto.

Didaticamente dividimos em 4 tempos principais e 4 tempos acessórios.

#### Tempos principais – Tempos acessórios:

- Insinuação com flexão.
- Descida com rotação interna.
- Desprendimento com deflexão.
- Restituição com desprendimento dos ombros.

Existem três lugares apertados (estreitos) na bacia. São só nesses lugares que o neném vai ter que fazer alguma manobra.

A primeira coisa: enfiar a cabeça no estreito superior (insinuação fetal). Faz isso com a cabeça bem fletida. Normalmente se insinua numa variedade transversa ou oblíqua. São as variedades mais comuns de insinuação: ODA ou ODT. O feto deve respeitar o fato de que o diâmetro ântero-posterior da bacia ginecóide é menor.

A segunda coisa: passar pelo estreito médio. Exige que a criança coloque a cabeça no diâmetro ântero-posterior que é o maior diâmetro. O neném faz rotação interna da cabeça.

A terceira coisa: o maior diâmetro também é o AP. O neném passa por aí desprendendo-se - é o desprendimento.

#### Insinuação com flexão

É a passagem pelo maior diâmetro da apresentação (biparietal na apresentação cefálica) pelo estreito superior.

Significa que o neném passou um obstáculo: a maior parte do neném passou pelo primeiro obstáculo.

Na prática realizamos uma avaliação indireta: tocamos a ponta da cabeça do neném; se a ponta estiver descendo, o biparietal também está descendo. Assim, avaliamos a ponta/vértice da apresentação. Quando o vértice da apresentação (a altura) chegou no nível das espinhas, ou seja, no estreito médio (plano zero de DeLee), o diâmetro biparietal passou do estreito superior.

Se o neném entrar fletido ele vai entrar com o diâmetro suboccipito-bregmático (o menor diâmetro da cabeça), o que é melhor. Se o neném estiver defletido vai ter dificuldade para entrar.

### **Assinclitismo**

Sinclitismo (sin clinar; sem inclinar): entrar com a cabeça certinha. É o mais fisiológico.

Assinclitismo: se o neném bater na sínfise púbica ou no sacro. Ele pode lateralizar a cabeça para tentar passar. São os movimentos de lateralização da cabeça fetal para tentar passar pela bacia.

Pode ser anterior (obliquidade de Nagele; a sutura sagital está mais longe da sínfise púbica do promontório) ou posterior (Litzmann; a sutura sagital está mais perto da sínfise púbica e mais longe do promontório). Quem determina o assinclitismo é o parietal.

Se o assinclitismo for transitório não há problema (às vezes o neném bota a cabeça torta, mas depois se acerta).

Se depois de inúmeros toques vaginais, a cabeça do neném estiver torta pode ser que estejamos diante de um caso de desproporção céfalo-pélvica e devemos operar.

Nem todo assinclitismo é patológico e por isso não significa cesariana sempre.

Em resumo

Quem determina o assinclitismo é o parietal: se o parietal livre for o anterior → assinclitismo anterior (a cabeça está encostada no sacro – Nagelle); se o parietal livre for o posterior → assinclitismo posterior (a cabeça está encostada na sínfise púbica – Litzmann).

### **Descida com rotação interna**

Para colocar a cabeça no antero-posterior.

### **Despreendimento com deflexão**

Chegou no estreito inferior cujo maior diâmetro também é o AP.

O neném só nasce em variedade direta (occipito púbica ou occipito sacra) e não em variedade oblíqua ou transversa.

Despreendimento: o canal do parto tem forma de J; se o feto descer direto bate no sacro. Assim, apóia a cabeça (pode ser a porção anterior/face ou o occipito) na sínfise púbica e faz um movimento de deflexão. É por isso que o parto vaginal é mais comum numa occipito-púbica: o neném apóia o occipito no púbis e deflete. Pode fazer também na forma occipito-sacra: mas aí "a face" que se apóia no púbis.

### **Restituição com despreendimento das escápulas**

Há rotação externa da cabeça.

A cabeça da criança já está para fora.

Ele faz rotação externa da cabeça e primeiro despreende o ombro anterior e depois o ombro posterior.

O ombro lá atrás pode entrar numa transversa ou oblíqua no estreito superior (equivalentes aos maiores diâmetros do estreito superior). O ombro chega no estreito médio e roda para passar. Quando a cabeça está do lado de fora, o ombro da criança está no estreito médio (maior diâmetro AP). O ombro chega numa transversa no estreito médio e por isso a criança roda (a cabeça roda do lado de fora – rotação externa). A rotação externa da cabeça coincide com a rotação interna dos ombros (a primeira facilita a segunda).

### **Fases clínicas do parto**

É o que acontece com o organismo materno durante o trabalho de parto.

Mecanismos são os movimentos fetais, por favor não confunda.

#### **A) Período de dilatação**

Vai do início do trabalho de parto até 10 cm de dilatação.

#### **B) Período expulsivo**

Da dilatação total até a criança nascer.

### C) Secundamento (ou dequitamento)

Começa com a saída da criança e termina com a saída da placenta.

### D) Quarto período (período de Greenberg).

Primeira hora pós-secundamento.

O mais importante é saber o que fazer nas fases acima.

Dessa necessidade surgiu o partograma – gráfico obrigatório em todas as maternidades brasileiras.

## Partograma

Triângulo marca dilatação.

Bola marca a altura da apresentação. Podemos utilizar uma bola com um triângulo dentro simbolizando a posição do occipito (variedade de posição).

Existe lugar para marcarmos a FC do feto.

Existe lugar para marcarmos as contrações uterina: o trabalho de parto normal tem entre 2-5 contrações a cada 10 minutos.

Existe lugar para marcarmos se bolsa está íntegra ou rota.

Existe lugar para descrevermos o LA (líquido amniótico): cor.

Ocitocina: podemos ver se há uso de drogas no partograma.

A velocidade normal de dilatação é de 1-1,5 cm por hora.

A dilatação deve progredir e a cabeça da criança deve estar descendo. Ou seja, dilatação e altura devem aumentar.

Desenhamos uma linha de alerta e 4 quadradinhos depois desenhamos a linha de ação.

Se a dilatação passar da linha de alerta ela não está ocorrendo a um cm por hora. Devemos acompanhar a mulher.

Se a dilatação passar da linha de ação significa que há algo muito errado. Devemos fazer alguma coisa, mas isto não significa necessariamente cesariana: pode ser mandar a mulher andar; fazer ocitocina; romper a bolsa; operar a mulher (se houver desproporção).

Cada coluna do partograma é uma hora do dia, ou seja, o partograma uma vez aberto, vira uma agenda. É uma ferramenta contínua de acompanhamento. Não deve ser preenchido errado: se marcamos a dilatação às 10 da manhã e só examinamos a paciente às 4 da tarde, a nova dilatação deve ser registrada 6 quadradinhos depois (e não no quadradinho imediatamente posterior à primeira marcação).

### Partograma pode mostrar:

- Falta de contrações: normal é duas-quatro por 10 minutos por pelos menos 40 segundos.
- Variedade de posição ruim.
- Desproporção céfalo-pélvica: mulher contrai bem; mas o colo não dilata e não há descida.
- **Fase ativa (período de dilatação) prolongada ou distócia funcional primária**

Fase ativa é a fase de dilatação. Fase latente são os pródromos.

A dilatação é inferior a 1 cm por hora e passa da linha de alerta.

Normalmente o problema é falta de contração e podemos utilizar ocitocina ou romper a bolsa.

#### ➤ Parada secundária da dilatação

Dilatação cervical mantida em dois exames intercalados por duas horas.

A mulher está contraindo bem, mas o colo não dilata.

Pode ser uma desproporção céfalo-pélvica

#### ➤ Período pélvico prolongado.

O neném desce devagar.

Normalmente o problema também é falta de contração.

#### ➤ Parada secundária da descida

A mulher contrai bem, mas a cabeça não desce.

Normalmente é por desproporção.

**Resumo:** o que é parada é por desproporção; o que é prolongado é por queda da contração.

### Período expulsivo

Posição?

Episiotomia?

Proteção do períneo?

Manobras?

Não existem evidências definitivas de que o parto humanizado em água; floresta; no avião; seja melhor do que o parto normal tradicional. Pode ser bom para período de dilatação, mas para período expulsivo não há comprovação.

A mulher em posição sentada, por exemplo, sangra mais.

Assim a **posição ideal** é a posição de **litotomia**: decúbito dorsal com leve flexão das coxas sobre o abdome.

**Episiotomia:** protege de trauma contra o períneo? A episio já é um grande trauma contra o períneo. A episio não protege contra distopia (ficar larga; com cistocele e retocele). A episio protege contra lesão de parede anterior do períneo, somente. A episio é um procedimento cirúrgico e por isso deve ser bem indicada: fetos muito grandes; parto operatório com fórceps; feto pélvico; mãe que não consegue mais fazer força; feto prematuro a fim de proteger sua cabeça; sofrimento fetal agudo para retirar o feto rápido. Não tem sentido fazer episio em toda primípara, por exemplo. Alguns autores advogam fazer episio também em quem já sofreu episio em gestação anterior. Como alguns advogam fazer episio em primíparas, acabaríamos fazendo episio em todo mundo.

O que protege o períneo são as manobras e não a episiotomia.

**Manobra de Ritgen:** uma mão espalmada é colocada no períneo posterior; a outra mão é colocada no períneo anterior e o feto tem sua saída controlada; ele sai lentamente e não dá uma chicotada no períneo posterior e não dá uma queixada no períneo anterior.

### Sinal da tartaruga – Distócia de espádua

A cabeça sai e é puxada para o períneo novamente.

O ombro está preso atrás (na sínfise púbica).

Não devemos puxar, pois faremos uma lesão de plexo braquial (o feto vai ficar com o braço torto). Teve dificuldade de puxar o ombro da criança → paramos de puxar e chamamos alguém para nos ajudar a empurrar o abdome da grávida (**Manobra de Kristeller**)? O feto nasce com a manobra de Kristeller, mas o desprendimento deixa de ser lento e controlado e estoura o períneo; lesa partes moles maternas e fetais; se houver cicatriz de cesária prévia pode haver até rotura do útero. **Manobra de Kristeller é criminosa.**

Devemos aplicar um fórceps e retirar a criança.

**Manobra de Kristeller não é resposta de prova nunca.**

Na distócia de espádua o Kristeller não vai nem resolver. Devemos fazer duas manobras que resolvem grande maioria dos casos:

**Manobra de McRoberts (hiperflexão das coxas da grávida sobre o abdome):** isso roda a bacia materna. Libera o ombro preso.

**Pressão suprapúbica:** realizada em conjunto com a manobra de McRoberts. Não é Kristeller, é uma pressão em cima do púbis.

Óbvio que você deve chamar auxiliares.

### Secundamento

A criança já nasceu.

Não devemos puxar o cordão umbilical porque ele pode romper. E, nesses casos, a mulher vai ter que ser anestesiada para sofrer uma curagem ou curetagem; pode fazer sepse; pode morrer.

A placenta sai sozinha em 5 minutos normalmente. Enquanto esperamos sua saída fazemos 10 unidades de ocitocina IM que ajuda a saída da placenta e diminui o sangramento (se estiver no soro; aumentamos um pouco a sua saída somente). Podemos fazer uma tração contínua sobre a placenta (somente o peso da mão do obstetra é utilizado), mas não puxamos o cordão...

O secundamento prolongado é quando a placenta demora 30 minutos para sair.

### **Mecanismos de descolamentos da placenta/secundamento**

**Baudeloque-Schultze (75%):** a placenta está presa no fundo do útero; é mais comum; o sangramento vem depois da saída da placenta; a parte que sai na mão é a que está em contato com o neném (a parte brilhante; cheia de vasos); dizemos que a saída foi pela face fetal. Como a placenta parece um guarda-chuva que bateu um vento e virou ao contrário – utilizamos o **mnemônico** mecanismo de Guarda-Schultze.

**Baudeloque-Duncan (25%):** a placenta está na parede lateral; o sangramento sai antes da saída da placenta; a saída da placenta foi pela face materna (vemos os cotilédones). A placenta está descolando "duncanto" (**mnemônico**).

### **Quarto período – Período de Greenberg**

Primeira hora após.

Neste período o útero deve fazer uma contração intensa para parar de sangrar e os vasos sangrantes devem coagular: é o período mais crítico e susceptível para hemorragias. É frequentemente negligenciado... deixamos a paciente sem atenção...

O certo é fazer sinais vitais de 15 em 15 minutos.

Tempos após a saída da placenta:

A) Miotamponagem: o útero se contrai intensamente para parar de sangrar. São as ligaduras vivas de Pinard.

B) Trombotamponagem: formam-se trombos.

C) Indiferença mio-uterina: contração-relaxamento-contração-relaxamento. Já há trombos há trombos; e o útero fica "indiferente) .

D) Contração uterina fixa: globo de segurança de Pinard.

Tudo isso acontece 1 hora após a saída da placenta.

### **Obs – Manobras**

**Distícia de Ombros; de espáduas; de escápulas; biacromial (sinal da tartaruga):** não há progressão porque o ombro anterior se prende na sínfise púbica. Se a tração exagerada pode resultar em lesão do plexo braquial.

Manobra de McRoberts: hiperflexão das coxas maternas sobre o abdome.

Pressão supra-púbica.

São manobras para liberação de ombros na apresentação cefálica.

### **Apresentação pélvica**

Manobra de versão externa: tentamos girar o feto manuseando o abdome externamente; o feto pode retornar ao local inicial e podemos ter complicações.

### **Liberação dos ombros na apresentação pélvica**

**Manobra de Bracht (omBracht)**

**Manobra de Lovset**

**Manobra de Deventer-Muller**

**Manobra de Pajot**

**Liberação da cabeça derradeira**

**Manobra de Liverpool**