



ASSISTÊNCIA AO PARTO

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

A OMS define parto normal como *“aquele cujo início é espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto, mãe e filho estão em boas condições”*.

PERÍODO PREMONITÓRIO

- Caracteriza-se por adaptações fisiológicas, com duração extremamente variável, que antecedem o trabalho de parto.
- Observa-se aumento gradual da atividade uterina – contrações com ritmo irregular, incoordenadas, por vezes dolorosas.
- Amadurecimento do colo uterino – amolecimento, alteração da sua orientação no eixo vaginal e princípio do seu encurtamento (*apagamento*).
- Acomodação do pólo fetal ao estreito superior da pelve.
- Aumento das secreções cervicais – *perda do tampão mucoso* – eliminação de muco, por vezes acompanhado de sangue.
- Descida do fundo uterino, caracterizado por seu abaixamento em cerca de 2 a 4 cm.

FASE LATENTE

- Corresponde ao final do período premonitório e início do trabalho de parto, quando as contrações, embora rítmicas, são incapazes de promover a dilatação do colo uterino.

TRABALHO DE PARTO

Tipicamente o diagnóstico é feito por contrações uterinas que resultam em dilatação e/ou apagamento cervical:

- Contrações uterinas regulares (rítmicas), em geral dolorosas, que se estendem por todo o útero.
- Frequência mínima de 02 contrações a cada 10 minutos, duração maior que 15 a 20 segundos, mantidas após repouso no leito, por período mínimo de 30 minutos.
- Colo uterino dilatado para, no mínimo 2 cm, centralizado e com apagamento parcial ou total, com *modificação progressiva*.

CONDUTA

PERÍODO PREMONITÓRIO

- Exame clínico e obstétrico.
- Orientar a paciente quanto aos sinais e sintomas do trabalho de parto.
- Prescrição de medicação antiespasmódica se indicado.
- Orientação para retorno.

FASE LATENTE

- Após exame clínico e obstétrico detalhado, manter a paciente em observação por algumas horas para avaliar a evolução para trabalho de parto.

INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO

- Internação.
- Tricotomia – não há evidência de que traga benefícios para o parto ou puerpério. Preferencialmente, realizar a tonsura dos pêlos pubianos.
- Acesso venoso – por ocasião da coleta dos exames laboratoriais na internação, é aconselhável manter o acesso por meio de *jelco*®, nº 18 ou 16, salinizado.
- Enema – desnecessário na conduta rotineira.
- Sinais vitais: pressão arterial, pulso, temperatura.
- Exame obstétrico detalhado
 - o Palpação abdominal.
 - o Ausculta fetal.
 - o Exame especular.
 - o Toque vaginal
 - Características do colo uterino (orientação, dilatação, apagamento).
 - Diagnóstico da apresentação fetal: tipo, altura, atitude (flexão e sinclitismo), variedade de posição.
 - Arquitetura da pelve.
- Avaliação laboratorial: VDRL, se necessário, teste rápido para HIV (se desconhecido e se autorizado pela parturiente), grupo sanguíneo e fator Rh.
- *Admission test*: As pacientes admitidas em trabalho de parto devem ser submetidas à cardiotocografia na sala de admissão ou logo que entrarem no CO. Um resultado anormal indica risco de mau resultado neonatal.

PERÍODO DE DILATAÇÃO

Cuidados com a Mãe

- Alimentação – optar por líquidos claros durante o trabalho de parto. Evitar alimentos sólidos.
- Atividade e posição materna – caminhar durante o primeiro estágio do trabalho de parto é frequentemente recomendado e pode reduzir o desconforto materno. Não interfere na duração do trabalho de parto, na dose de ocitocina, no uso da analgesia e no índice de cesariana. Banhos de chuveiro também aumentam o conforto da paciente. Essas atividades dependem do *status* materno-fetal, da preferência pessoal e da necessidade de monitoração.
- Controle do pulso e da pressão arterial.
- Corrigir prontamente a hipotensão, a hipovolemia, a hipoglicemia e os distúrbios da contratilidade uterina.
- Hidratação – se necessária:
 - o Perfusão venosa de *solução glicosada* alternada com *Ringer lactato*.
 - o Prescrever *glicose hipertônica* parenteral caso o trabalho de parto se prolongue.
- Analgesia peridural contínua, sempre que possível, após certificar-se da adequada evolução do trabalho de parto (atividade uterina coordenada e evolução da dilatação cervical). Instalado o bloqueio, avaliar amiúde a atividade uterina e prescrever infusão venosa de ocitocina, se necessário.

Profilaxia da Infecção Neonatal por *Streptococcus Beta-Hemolítico* (GBS)

- *Indicações*
 - o Recém-nascido prévio com infecção por GBS.
 - o Cultura vaginal e anorretal positiva para GBS na gravidez atual
 - o Bacteriúria ou infecção urinária por GBS durante a gravidez atual
 - o Cultura para GBS não realizada, incompleta ou com resultado desconhecido. Indicada a profilaxia nas seguintes situações:
 - Idade gestacional inferior a 37 semanas.
 - Amniorrexe prematura com duração igual ou superior a 18 horas.
 - Temperatura axilar superior a 38°C.

- *Não indicada*
 - o Gestação prévia com cultura positiva para GBS (a menos que haja cultura positiva na gestação atual).
 - o Parto por cesariana eletiva, na ausência de trabalho de parto e de amniorrexe prematura (independente do resultado das culturas).
 - o Culturas vaginal e anorretal negativas na atual gestação, independente dos fatores de risco intraparto.
 - o Bacteriúria ou infecção urinária por GBS na gestação anterior (a menos que haja outra indicação para utilização na gestação atual).
- *Conduta*
 - o *Penicilina G cristalina*: 5.000.000 UI EV, seguidas de 2.500.000 UI EV, a cada 4 horas.
 - o *Ampicilina* (conduta alternativa): 2,0 g EV, seguidas de 1 g EV, a cada 4 horas.
 - o *Clindamicina* (nos casos de alergia): 900 mg EV, a cada 8 horas.
 - o O esquema escolhido deverá ser mantido até o parto.
Recomenda-se um mínimo de 4 horas de terapia antes do parto. Entretanto, níveis bactericidas no sangue do cordão umbilical são atingidos após 30 minutos da administração. Portanto, a profilaxia deve ser feita mesmo que o parto pareça iminente.

Progressão do Trabalho de Parto

- A frequência dos toques vaginais depende da evolução do trabalho de parto.
 - o Avaliar o grau de dilatação e apagamento, altura da apresentação, variedade de posição, estado da bolsa amniótica e perdas vaginais (sangue, líquido amniótico e sua coloração).
 - o As informações devem ser anotadas em um gráfico horário – **Partograma**.
- Quando indicada a *amniotomia*, praticá-la durante a contração uterina e aguardar o escoamento do líquido antes de terminar o toque vaginal.
- Monitoração do parto: sempre que possível, os partos devem ser acompanhados com *monitoração eletrônica*. Na sua impossibilidade sugere-se:
 - o Palpação abdominal minuciosa a cada 60 minutos, por no mínimo 10 minutos, anotando-se a frequência e a duração das contrações e o tono uterino.
 - o Ausculta cardíaca fetal a cada 15/30 minutos, antes, durante e, no mínimo, um minuto após a contração uterina.
 - o Corrigir distúrbios da contratilidade uterina (*ver capítulo específico*).

Acompanhamento da Vitabilidade Fetal

- Valorizar a presença de mecônio, em especial o recente (*pasta de ervilha* dispersa no líquido amniótico), como sinal de alerta para o sofrimento fetal.
- Ausculta cardíaca fetal a cada 15/30 minutos, antes, durante e, no mínimo, um minuto após a contração uterina, na impossibilidade de monitoração eletrônica do parto.
- As principais alterações da frequência cardíaca do conceito que denunciam o sofrimento fetal são listadas abaixo e comentadas em *rotina específica*.
 - o Taquicardia.
 - o Perda da oscilação.
 - o Desaceleração variável.
 - o Desaceleração tardia.
 - o Bradicardia.

PERÍODO EXPULSIVO

- Posição da parturiente: classicamente a posição de decúbito dorsal com flexão máxima das coxas sobre o abdome e abdução dos joelhos, ou semi-sentada (permitida nos casos de leito PPP).
- Ausculta fetal a cada 5 minutos ou, preferencialmente, monitorização eletrônica contínua.
- Sonda vesical de alívio, se necessário (obrigatória na utilização do fórcepe).
- Assepsia perineal.
- Anestesia locorregional – caso a paciente não tenha sido submetida à analgesia peridural ou se ainda sentir dor perineal, apesar desta.

- o Bloqueio troncular bilateral do nervo pudendo interno na altura da extremidade da espinha ciática (10ml de lidocaína a 1%).
- o Infiltração dos músculos elevadores do ânus e da rafe mediana (10 a 20ml de lidocaína a 1%).
- o Infiltração em leque da pele e tecido celular subcutâneo a ser incisado (10ml de lidocaína a 1%).
- Episiotomia mediolateral – deve ser limitada aos partos com risco de laceração perineal, com distocia de partes moles ou em caso de necessidade de facilitar o parto de feto possivelmente comprometido. Quando indicada:
 - o Praticá-la antes que a apresentação fetal distenda o períneo.
 - o Servir-se de bisturi para incisão da pele e tesoura para os planos profundos e mucosa vaginal.
- Fórcepe de alívio.
 - o Para abreviar o período expulsivo, quando indicado, preferir o fórcepe de alívio. **Evitar a manobra de Kristeler.**
- No desprendimento da cabeça fetal nas apresentações de vértice:
 - o Proteger o períneo posterior com compressa para prevenir o prolongamento da episiotomia.
 - o Evitar a deflexão brusca da cabeça para impedir traumatismos do períneo anterior.
 - o Correção da circular cervical de cordão, caso presente.
- Após o desprendimento do pólo cefálico, nas apresentações de vértice, aguardar que se complete espontaneamente a rotação fetal e auxiliar no desprendimento do ombro – abaixamento da cabeça para o ombro anterior e elevação do pólo cefálico para o ombro posterior.
- Clampeamento do cordão umbilical 8 a 10 cm de sua inserção abdominal. Em parto sem intercorrências, **o momento ideal é entre 1 e 3 minutos após o desprendimento fetal.**

SECUNDAMENTO

- Proceder ao manejo ativo:
 - o Imediatamente após a expulsão fetal, administrar agente útero-tônico: ocitocina – 10 a 20 UI em 500 ml de solução salina endovenosa, ou 5 a 10 UI IM. Não havendo resposta ou em caso de sangramento persistente, usar metilergonovina 0,2 mg IM ou misoprostol 1000 mcg via retal.
- Procedimentos indicados na condução do secundamento:
 - o Tração controlada do cordão associada à sustentação do útero através da parede abdominal.
 - o Procedimento de *Harvey* – quando houver demora na dequitação.
 - o Artifício de *Jacob-Dublin*: facilita o desprendimento das membranas, após a expulsão placentária.
- Revisão sistemática do colo uterino e da cavidade vaginal com sutura de lacerações porventura existentes, utilizando-se fios absorvíveis naturais ou sintéticos, 0 ou 00.
- Episiorrafia por planos com fios absorvíveis naturais ou sintéticos, 0 ou 00. Pontos separados para aproximação do plano muscular e para a síntese da pele, chuleio na mucosa vaginal. É medida útil o reparo inicial da fúrcula vaginal para que se mantenha a simetria perineal.
- Certificar-se de que o útero se encontra firmemente contraído. Desnecessária a administração rotineira de metilergonovina.
- **Não realizar expressão manual do útero para expulsão de coágulo** que se forma já que essa etapa (trombotamponagem) faz parte do processo de hemostasia uterina puerperal.
- A puérpera deverá ser mantida em observação por no mínimo uma hora após o parto (4º período do parto)
- O secundamento que não se completa após 30 minutos do parto caracteriza a retenção placentária (ver capítulo específico).

LEMBRETES

- A placenta e seus anexos devem ser sistematicamente examinados para se afastar a retenção de restos.
- O momento exato em que termina o período premonitório e tem início o período de dilatação, primeira etapa do trabalho de parto, é frequentemente impossível de ser determinado.

LEITURA SUGERIDA

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Committee Opinion n. 441. Oral intake during labor. **Obstet. Gynecol.**, v.114, n.3, p.714, 2009.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin. n.70. (Replaces Practice Bulletin Number 62, May 2005). Intrapartum fetal heart rate monitoring. **Obstet. Gynecol.**, v.106, n.6, p.1453-1460, 2005.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON OBSTETRIC ANESTHESIA. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. **Anesthesiology**, v.106, n.4, p.843-863, 2007.
- BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database Syst. Rev.** n.1, CD001236, 2001;
- BEGLEY, C.M., et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n.11, CD007412, 2011.
- BLOOM, S.L, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. **N. Engl. J. Med.**, v.339, n.2, p.76-79, 1998.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Group B Strep (GBS). **Table 3 - Indications and nonindications for intrapartum antibiotic prophylaxis to prevent early-onset group B streptococcal(GBS) disease.** Disponível em: <<http://www.cdc.gov/groupbstrep/guidelines/downloads/indications.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2013.
- CUERVO, L.G.; RODRÍGUEZ, M.N.; DELGADO, M.B. Enemas during labor. **Cochrane Database Syst. Rev.** n.2, CD000330, 2000.
- JONSSON, M. et al. Neonatal encephalopathy and the association to asphyxia in labor. **Am. J. Obstet. Gynecol.** v.211, n.6, p.677.e1-8, 2014.
- LAWRENCE, A., et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n.2, CD003934, 2009.
- PACIFICI, G.M. Placental transfer of antibiotics administered to the mother: a review. **Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.**, v.44, n.2, p.57-63, 2006.
- ROBERTS, C.L.; ALGERT, C.S.; OLIVE, E. Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia. **Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.**, v.44, n.6, p.489-494, 2004.
- WHO. Report of a Technical Working Group. **Care in normal birth:** a practical guide, 1996. (Maternal and Newborn Health / Safe Motherhood Unit). Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/>. Acesso em 07 jan. 2013.