

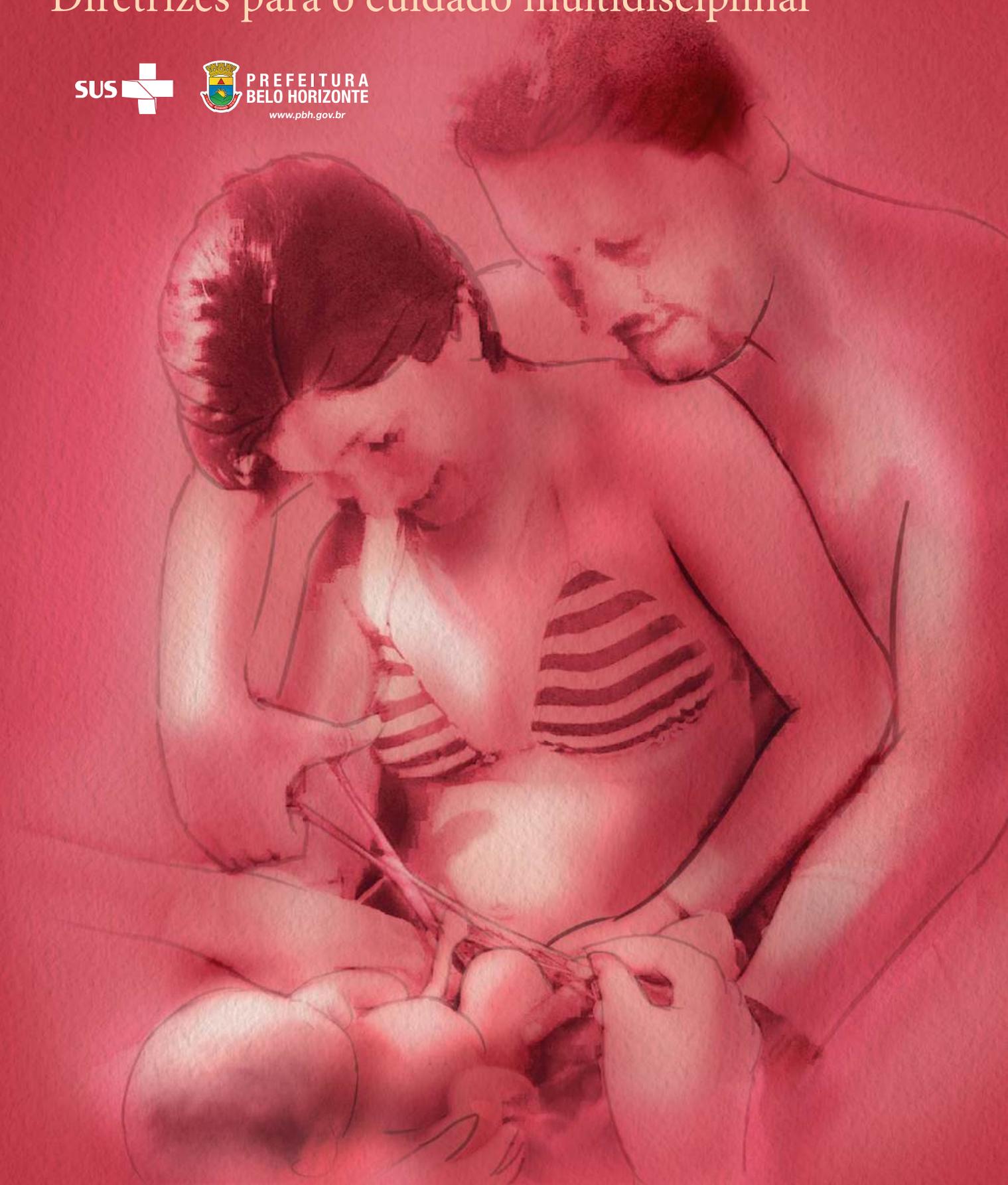
Assistência ao Parto e Nascimento

Diretrizes para o cuidado multidisciplinar



PREFEITURA
BELO HORIZONTE

www.pbh.gov.br



Assistência ao Parto e Nascimento

Diretrizes para o cuidado multidisciplinar

Instituições participantes

ABENFO - Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras
EE-UFMG - Escola de Enfermagem da UFMG
FM-UFMG - Faculdade de Medicina da UFMG
IBEDESS - Instituto Brasileiro para Estudo e Desenvolvimento do Setor de Saúde
SAMG - Sociedade de Anestesiologia de Minas Gerais
SMP - Sociedade Mineira de Pediatria
SMSA - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SOGIMIG - Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais

Coordenação geral

Comissão Perinatal - Sonia Lansky

Coordenação editorial

Quésia Tamara Mirante Ferreira Villamil

Grupo de trabalho assistência ao parto

Alamanda Kfoury Pereira
Eliane Soares
Gisele Cordeiro Maciel
Inessa Beraldo de Andrade Bonomi
Nanci Gusmão
Nelci Muller Xavier Faria
João Batista Marinho de Castro Lima
Vanessa Devitto Zákia Miranda
Pablo Pires Martins Miranda
Vera Bonazzi

Colaboradores

Adrinez Cançado
Ana Paula Vallerini
Bruno Carvalho Cunha de Leão
Kleide Ventura Souza
Danubia Mariane Barbosa Jardim
Hemmerson Henrique Magioni
Karine Ferreira
Mario Dias Correa Junior
Matheus Oliveira Marcelino
Patrícia Pereira Rodrigues Magalhães
Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar

Foto da capa

Hemmerson Henrique Magioni

Projeto gráfico

Produção Visual - Gerência de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

Regulamentações, leis, portarias e diretrizes

Para construir a presente diretriz, o grupo elaborador baseou-se em algumas regulamentações, leis, portarias e diretrizes, que estão disponíveis para consulta on-line.

Abaixo estão listadas as referências, com respectivos links, acessados em 17 de setembro 2015.

- 1- Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal – Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 36, de 03 de junho de 2008. (Disponível em <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>)
- 2- Lei da Atuação da Enfermagem Obstétrica – Decreto no 94.406, de 8 de junho de 1987) – (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm)
- 3- Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). (Disponível em <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=50&data=08/05/2014>)
- 4- Programa Nacional de Segurança do Paciente - Portaria no. 529, de 1º de abril de 2013. (Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
- 5- Leis do acompanhante (Lei federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e Lei municipal nº 9016, de 1 de janeiro de 2005) (Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)
- 6- Diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN) – Portaria no 11, de 7 de janeiro de 2015. (Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html)

SUMÁRIO

Regulamentações, leis, portarias e diretrizes	3
1 Apresentação	6
1.1 Atenção Perinatal em BH.....	7
2 Introdução	8
2.1 Objetivos deste documento	9
2.2 Conceito de “parto normal”	9
3 Princípios e pressupostos	10
3.1 Organização da rede de saúde.....	10
3.1.1 Vaga Sempre	10
3.1.2 Acolhimento com classificação de risco.....	10
3.1.3 Qualidade e segurança na assistência obstétrica e neonatal	11
3.2 Diretrizes assistenciais	12
3.2.1 Humanização da assistência.....	12
3.3 Ambiência	13
3.4 Assistência ao parto e ensino acadêmico e profissional.....	14
4 Atribuições da equipe assistencial	15
4.1 Enfermeiros obstetras e obstetras.....	15
4.2 Médico obstetra.....	16
4.3 Médico pediatra - neonatologista	16
4.4 Médico anesthesiologista	17
4.5 Outros profissionais da assistência	17
5 Aspectos gerais da assistência à gestante	17
5.1 Pré-natal.....	17
5.1.1 Acompanhamento multidisciplinar na gestação.....	17
5.1.2 Preparo para o parto durante a gestação.....	17
5.1.3 Plano de parto	19
5.2 Acolhimento da mulher em trabalho de parto.....	19
5.2.1 Diagnóstico do trabalho de parto e internação.....	20
5.2.2 Avaliação do risco materno e fetal	20
5.2.3 Suporte contínuo	21
5.3 Assistência ao primeiro período do trabalho de parto	21
5.3.1 Duração do primeiro período do trabalho de parto	21
5.3.2 Práticas assistenciais recomendadas para o primeiro período do trabalho de parto.....	22
5.3.3 Monitorização fetal durante o trabalho de parto.....	25
5.3.4 Avaliação do progresso da dilatação e descida da apresentação.....	25
5.3.5 Rotura prematura de membranas no termo (RPMT).....	25
5.3.6 Líquido amniótico meconial.....	26
5.3.7 Alívio da dor no parto.....	26
5.3.7.1 Métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto	27
5.3.7.2 Métodos farmacológicos de alívio da dor no parto.....	28
5.4 Assistência no segundo período do trabalho de parto	29
5.4.1 Definições do segundo período do trabalho de parto.....	29
5.4.2 Duração do segundo período do trabalho de parto.....	29
5.4.3 Monitorização do bem estar materno e fetal no segundo período do trabalho de parto....	30
5.4.4 Posições maternas para o período expulsivo.....	30
5.4.5 Manobra de Kristeller	32
5.4.6 Uso de antissépticos vaginais.....	32
5.4.7 Uso de ocitocina no segundo período do trabalho de parto	32
5.4.8 Episiotomia.....	32
5.4.9 Intervenções para reduzir o trauma perineal.....	33
5.4.10 Manipulação do períneo no período expulsivo	34
5.4.11 Puxos maternos dirigidos	34
5.4.12 Extração ativa dos ombros.....	35
5.5 Assistência no terceiro período do trabalho de parto	35
5.6 Assistência no quarto período do trabalho de parto	35
5.7 Assistência ao recém-nascido	36
5.8 Assistência no puerpério	38
5.9 Assistência às anormalidades do trabalho de parto e nascimento.....	38
5.9.1 Parada de progressão no primeiro período do trabalho de parto.....	38
5.9.2 Estado fetal não tranquilizador.....	39
5.9.3 Parada de progressão no segundo período do trabalho de parto.....	40
5.9.4 Parto vaginal operatório	40
5.9.5 Complicações do terceiro período do trabalho de parto.....	40
6 Anexos	42
6.1 Partograma Recomendado pela PBH.....	42
6.2 Orientações sobre preenchimento do partograma.....	43
6.3 Recomendações para interpretação do traçado da Cardiotocografia.....	43
6.4 Plano de parto da PBH.....	46
6.5 Modelo de termo de consentimento pós-informado para assistência ao parto normal.....	48
6.6 Recomendações para Profilaxia de Conjuntivite Neonatal em BH - Comissão Perinatal / Secretaria Municipal de Saúde	49
6.7 Recomendações da SAMG para realização de analgesia em mulheres em trabalho de parto.....	50
Referências Bibliográficas.....	58

I Apresentação

No Brasil, 98% dos partos ocorrem nos hospitais. Apesar disso, a mortalidade materna ainda representa um desafio que o Ministério da Saúde está firmemente empenhado em superar, de forma conjunta, com todas as instituições envolvidas com a questão. Tal desafio, conforme indicam os estudos acerca do problema, é representado pela ampliação do acesso e, principalmente, pela melhoria da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Dentro deste contexto, no município de Belo Horizonte, a assistência ao parto e nascimento tem passado por grandes transformações nos últimos anos. Foram instauradas uma série de medidas para ampliar a assistência ao pré-natal e organização de sistemas de atenção à gestante de alto risco, redução das taxas de cesáreas, estruturação do Movimento BH Pelo Parto Normal bem como publicação de recomendações técnicas para o pré-natal, gestação em situação de risco e emergências obstétricas (Ver a seguir item 1.1. "A atenção perinatal em Belo Horizonte").

Na busca pela melhoria crescente da assistência, gestores e profissionais trabalhadores da rede de cuidado à gestante e recém-nascido perceberam a necessidade de, juntos, discutirem questões relevantes relacionadas à assistência ao parto, de maneira que práticas com benefício comprovado fossem incorporadas e práticas sem benefícios comprovados, ou com malefícios, fossem abandonadas.

Este documento é resultado de um trabalho coletivo: um grupo de trabalho multidisciplinar foi formado e, nos anos de 2012 a 2015, representantes de várias instituições (IBEDESS, SOGIMIG, ABENFO, SMP, FM-UFMG, EE-UFMG, SAMG) se reuniram periodicamente e escreveram, juntos, o documento Assistência ao Parto e Nascimento: diretrizes para o cuidado multidisciplinar.

Entendendo que a humanização do atendimento é um conjunto de práticas baseadas em evidências científicas e no cuidado qualificado e integral em saúde, que visam a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, o presente documento estimula práticas que incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser criteriosas, evitando os excessos no uso dos recursos tecnológicos disponíveis. Com a redução da hipermedicalização e seus efeitos iatrogênicos, é proposta uma revisão do modelo assistencial ao parto e nascimento, buscando valorizar a experiência da mulher e do bebê, protegendo a saúde imediata e futura das mulheres e suas crianças.

Esperamos que este documento seja lido por profissionais que assistem mulheres durante a gestação, no nascimento de seus filhos e no período puerperal. Que a leitura suscite nas pessoas profundas reflexões sobre a assistência que está sendo prestada e incite o desejo de melhoria na assistência de cada mulher, por cada profissional, na sua linha de cuidado.

Desejamos que o debate seja contínuo, pois este documento não é, de forma alguma, estático e terminado. Entendemos que as evidências científicas norteiam a assistência e ajudam na tomada de decisões, por isto esperamos que o grupo de trabalho se perpetue e que este documento permaneça em constante revisão. Desta forma, estaremos contribuindo para a construção de um modelo assistencial dinâmico que resulte não só em melhoria dos resultados perinatais, mas, principalmente, que resulte em famílias bem cuidadas de maneira segura e respeitosa em um dos momentos mais importantes da vida humana: o nascimento.

Fabiano Geraldo Pimenta
Secretário Municipal de Saúde

1.1 Atenção Perinatal em BH

A atenção perinatal em BH é coordenada pela Comissão Perinatal da SMSA-BH, fórum gestor interinstitucional ampliado que conta com a participação da sociedade civil, com agenda regular de trabalho desde 1999. Tem como objetivo coordenar, planejar, monitorar e qualificar a atenção à saúde da mulher e do recém-nascido no município de Belo Horizonte. Faz parte da Comissão o Comitê de Prevenção de Óbitos Materno, Fetal e Infantil, conforme regulamentação pela Portaria No 027 de 12 de julho de 2004.

Premissas

A Comissão Perinatal tem como premissa promover acordo ético no município para promoção da saúde e qualidade de vida da mulher e recém-nascido com a oferta de assistência universal, resolutiva, integral e equitativa, com garantia dos direitos da mulher e da criança no parto e nascimento. A Comissão Perinatal trabalha com o enfoque de transformar a epidemiologia em ação, investigar óbitos maternos, fetais e infantis, monitorar a qualidade da atenção de saúde perinatal para a redução da morbi-mortalidade infantil e materna na cidade e promoção da saúde e qualidade de vida para mulheres e crianças.

Composição

- Secretaria Municipal de Saúde: Coordenação de Saúde da Mulher, da Criança, Coordenação de DST/AIDS, Epidemiologia e Informação, Controle e Avaliação Ambulatorial e Hospitalar, Auditoria, Vigilância Sanitária;
- Outras instituições: maternidades do SUS/BH, Associação Mineira de Hospitais, Sociedade Mineira de Pediatria, Associação de Obstetrícia e Ginecologia MG, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, Conselho Municipal de Direitos da Criança, ONG Bem-Nascer, ISHTAR, Coordenadoria Municipal de Direitos da Mulher, Pastoral da Criança, Rede Feminista Saúde, CRM-MG, COREN, Conselho Municipal Saúde, Ministério Público, Secretaria Municipal Educação.

A Comissão está ligada à Gerência de Regulação e à Gerência de Assistência e tem sob sua coordenação:

- Comitê de Prevenção do Óbito Materno (desde 1997);
- Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (desde 2002).

Histórico das principais ações de qualificação e humanização do cuidado desenvolvidas pela Comissão Perinatal:

Desde 1999

- Organização da linha de cuidado para a atenção integral à saúde da mulher, saúde sexual e reprodutiva, pré-natal, pré-natal de alto risco, acolhimento e vinculação à maternidades desde o pré-natal para o parto, acolhimento imediato nas intercorrências durante a gestação e no parto, adequação de leitos de obstetrícia e neonatologia na cidade; qualificação da atenção nas maternidades; alta responsável da maternidade com continuidade do cuidado na atenção primária de saúde e seguimento no puerpério e na atenção à criança;
- Protocolos de atenção pré-natal, de Acolhimento com Classificação de Risco na atenção primária, urgências e maternidades e de atenção ao parto e nascimento.
- Avaliação e monitoramento contínuo da qualidade da atenção nas maternidades e organização de rede regionalizada, hierarquizada e resolutiva, garantia de acesso oportuno e equidade com a regulação assistencial (Central de Marcação de Consultas e Central de Internação); fechamento das maternidades de baixa qualidade, implementação das práticas baseadas nos direitos da mulher e da criança e em evidências científicas.

Desde 2006

- Acompanhante da gestante garantido nas maternidades;
- Projeto Doulas Comunitárias como Política Pública Municipal;

- Capacitação de Conselheiros de Saúde;
- Avaliação da satisfação de usuárias e maternidades;
- Avaliação da assistência por observação pelo supervisor (auditor) hospitalar (Monitoramento de Maternidades).

Desde 2007

- Movimento “BH pelo Parto Normal”, projeto de extensão com a PUC e UFMG e conta com a participação da sociedade civil organizada; estande itinerante em praças, feiras, shoppings, eventos diversos relacionados à saúde e direitos da mulher e da criança, e estande permanente na Feira de Artesanato de BH;
- Curso de Multiplicadores do BH pelo Parto Normal;
- Rodas de conversa com gestantes nos Centros de Saúde;
- Estruturação da Maternidade Municipal (atualmente funcionando no Hospital Risoleta Tolentino Neves): novo modelo assistencial em parceria com a UFMG (FUNDEP).

Desde 2008

- Termo de Compromisso das maternidades para implementação de práticas baseadas em evidências científicas.

Desde 2010

- Contrato de Gestão com maternidades

com pagamento vinculado ao alcance de meta assistenciais. Monitoramento das Maternidades (desde 2006), o Termo de Compromisso das Maternidades (desde 2008) e o Contrato de Gestão com Maternidades (2010) têm como finalidade a avaliação e o monitoramento do processo assistencial em maternidades do SUS-BH para implementação das práticas obstétricas e neonatais baseadas em evidências científicas.

A partir de 2011

- Participação na Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, estratégia político-assistencial voltado para o atendimento integral das mães e das crianças até os dois anos de idade e que prevê uma série de ações. Entre elas, o acompanhamento de saúde sexual e reprodutiva, do pré-natal ao parto e o pós-parto, direito a acompanhante no momento do nascimento, ampliação e qualificação da estrutura das maternidades, fomento às equipes multiprofissionais na atenção, e o monitoramento da assistência com incentivo à implementação das práticas baseadas em evidências;

2013

- Implementação a Política de Segurança do Paciente com base na legislação Portaria 529 de 2013, RDC 36 de 2008, RDC 36 de 2013 – ANVISA, Ministério da Saúde.

das políticas públicas e sociedades profissionais, pelos riscos desnecessários para mãe e bebê. A orientação para utilização de evidências na prática clínica vem de encontro a este objetivo de subsidiar a assistência com base no conhecimento científico mais atualizado, incorporados aos protocolos institucionais.

Esta publicação é resultado de um trabalho coletivo, que envolveu as principais entidades profissionais relacionadas à assistência perinatal em Belo Horizonte com o intuito de subsidiar e qualificar as ações de atenção obstétrica e neonatal. Como referência foram

utilizadas as diretrizes clínicas elaboradas pelo *National Institute of Clinical Excellence (NICE)* da Inglaterra¹, da Austrália² e do País Basco^{3,a}, com atualização das evidências científicas quando disponíveis. Também foram utilizadas portarias e normas técnicas existentes do Ministério da Saúde, ANS e ANVISA, como a *Resolução da Diretoria Colegiada sobre Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal - RDC no. 36/2008* (Veja link na página 3) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente - Portaria no. 529/2013 (Veja link na página 3), dentre outros.

2.1 Objetivos deste documento

Os objetivos do documento “*Assistência ao parto e nascimento: diretrizes para o cuidado multidisciplinar*” são:

- Promover, por meio da construção de consenso entre os prestadores de serviço, a assistência ao parto e nascimento que respeite a fisiologia da mulher e do recém-nascido trazendo uma concepção de parto como um processo fisiológico onde a mulher é o centro do processo;
- Promover adequada assistência ao trabalho de parto e nascimento por meio do envolvimento multiprofissional compartilhado, com ações e responsabilida-

des direcionadas à segurança e ao bem-estar da mulher e do bebê;

- Aprimorar a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, possibilitando que a mulher/parturiente seja protagonista do processo, considerando os princípios da Política Nacional de Humanização da Assistência^{3,b};
- Aperfeiçoar o processo de trabalho de assistência ao parto com práticas benéficas baseadas em evidências reduzindo a utilização de intervenções desnecessárias e procedimentos invasivos e seus efeitos iatrogênicos.
- Incentivar melhorias na ambiência e logística no atendimento às parturientes e seus filhos.

2.2 Conceito de “parto normal”

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, parto normal é definido como “*de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho permanecem em boas condições.*”⁴

Para fins de construção do presente documento, este conceito foi ampliado para todos os tipos de parto, sejam eles espontâneos, distócicos ou induzidos. Desta maneira, foram incluídas as situações abaixo, para as quais este documento também será norteador de condutas:

- Mulheres em trabalho de parto que durante sua evolução, em algumas cir-

1 Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth. NHS: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations>.

2 Maternity - towards normal birth in NSW. A woman friendly birth initiative: protecting, promoting and supporting normal birth. NSW Department of Health 2010. Disponível em: www.health.nsw.gov.au.

3.a Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal. GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA NO SNS. MINISTÉRIO DA SAÚDE E POLÍTICA SOCIAL.Vitoria-Gasteiz 2010. Disponível em: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>.

3.b HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf.

4 Assistência ao Parto Normal: Um guia prático. Saúde Materna e Neonatal / Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. Organização Mundial da Saúde. Genebra. 1996.

2 Introdução

Nas últimas décadas a assistência ao parto e nascimento no mundo, e em especial no Brasil, passou por mudanças significativas. O uso da tecnologia tornou-se a norma, com um importante aumento de intervenções, mesmo em nascimentos de baixo risco.

Questões sociais, culturais e assistenciais, além da própria organização do sistema de saúde, vêm contribuindo para que as mulheres se sintam inseguras em relação à sua capacidade de gestar e parir sem intervenções tecnológicas. Questiona-se cada vez

mais se os altos níveis de intervenção são necessários para que todas as mulheres e crianças tenham acesso à assistência obstétrica e neonatal segura.

A adoção sem críticas de uma variedade de intervenções inúteis, inoportunas, inadequadas e/ou desnecessárias, com muita frequência mal avaliadas, é um risco incorrido com frequência no intuito de melhorar os serviços obstétricos. Por isto é crescente a preocupação da sociedade com o aumento das intervenções no nascimento e, em particular, o interesse

cunståncias, são necessárias as seguintes intervenções:

- Estimulação com ocitocina;
- Rotura artificial de membranas;
- Monitorização fetal eletrônica contínua;
- Utilização de métodos farmacológicos para alívio da dor;
- Uso de fórceps ou vácuo-extrator;
- Episiotomia;

- Manejo ativo do terceiro período do parto;
- Situações de complicação no parto e pós-parto (hemorragia pós-parto, laceração perineal, recém-nascido admitido em unidade neonatal de cuidados intensivos);
- Mulheres com complicações na gravidez (hipertensão e diabetes, dentre outras), em trabalho de parto.

associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente. Para maiores detalhes recomenda-se a leitura dos documentos "Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia

SUS-BH / 2009 - Sogimig/PBH^{5a}" e "Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Ministério da Saúde, 2014"^{5b}.

3.1.3 Qualidade e segurança na assistência obstétrica e neonatal

Em todo o mundo a questão da segurança do paciente vem se tornando parte fundamental dos processos relacionados à melhoria da qualidade assistencial. A Segurança Sanitária na Assistência Materna e Neonatal se reveste de fundamental importância, tendo em vista o grande número de pacientes envolvidos e o potencial de eventos adversos que podem surgir no processo assistencial.

O processo e a natureza do trabalho na assistência materna e neonatal apresentam outras peculiaridades, tais como o grande uso de força de trabalho humano, com várias configurações de equipes, envolvendo médicos, enfermeiros e outros profissionais, que exige intensiva vigilância para a não ocorrência de erros, além de efetiva comunicação entre diversas disciplinas. Com esses números, a diversidade de locais de assistência e profissionais envolvidos faz da atenção materna e neonatal uma das áreas prioritárias para aoes voltadas à segurança do paciente. Além da assistência hospitalar, a assistência materna e neonatal se dá também na comunidade, com aoes educativas para gestantes, puérperas e suas famílias, apoio ao aleitamento materno, apoio nutricional, imunização, serviço de apoio social etc.

Embora a gravidez e o nascimento, na maioria das vezes, ocorram sem intercorrências para a mãe e seu filho, sabe-se que em muitos casos podem surgir complicações, desde as mais simples até as mais graves que podem ameaçar as suas vidas. Tais complicações, em sua maioria, têm a sua origem tanto no próprio processo de gravidez e parto como por condições clínicas preexistentes. Em outras situações, entretanto, elas podem surgir em decorrência da própria assistência oferecida, seja em relação à estrutura dos locais de nascimento, assim como consequência de erros no processo de trabalho. Adicionalmente, o modelo obstétrico contemporâneo, principalmente no Brasil, expõe as mulheres e recém-nascidos a altas

taxas de intervenções com grande potencial de provocar danos. Tais intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina e a cesariana, além de outras, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa apenas em situações de necessidade, hoje são rotineiras e atingem quase a totalidade das mulheres que dão à luz em hospitais no país. Em situações onde as complicações já existiam, uma assistência inadequada pode adicionar ou potencializar os riscos, aumentando as mortes evitáveis de mulheres e crianças bem como lesões e sequelas permanentes.

Na atenção materna e neonatal deve prevalecer uma concepção multidimensional onde, tanto os eventos adversos que comprometem a estrutura ou função do corpo, como lesões, incapacidade ou disfunção ou mesmo a morte, assim como o sofrimento social, psicológico, moral e cultural devem ser enquadrados na categoria de danos ao paciente.

Nesse contexto, as estratégias destinadas à melhoria da qualidade e segurança na assistência materna e neonatal devem incluir todas aquelas voltadas à assistência aos pacientes em geral, assim como estratégias específicas para esse grupo. Dentre essas estratégias se destacam: treinamento individual e em equipe dos provedores de cuidado; simulações; desenvolvimento de protocolos, diretrizes e listas de checagem; uso da tecnologia da informação; educação e rondas de segurança. Essas atividades e ferramentas podem ser utilizadas tanto em nível hospitalar quanto ambulatorial.

Com intuito de promover a atenção obstétrica e neonatal de qualidade que reduza os agravos resultantes do próprio processo reprodutivo e minimize os danos relacionados ao processo assistencial, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária elaborou um documento sobre segurança Sanitária em Atenção Materna e Neonatal^{5b}. Recomenda-se que esse documento sirva de base e orientação para a organização e estruturação dos serviços.

5a Comissão Perinatal - Secretaria Municipal de saúde - Associação Mineira de Ginecologia e Obstetrícia - Protocolo do Acolhimento com classificação de risco em obstetrícia e principais urgências obstétricas. 2009.

5b Ministério da Saúde - Manual de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia, 2014. Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade/Agência Nacional de Vigilância Sanitária: Brasília: ANVISA:2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/29/Manual-de-ACR-em-Obstetrícia-versao-26-de-maio-4.pdf>

3 Princípios e pressupostos

3.1 Organização da rede de saúde

3.1.1 Vaga Sempre

A qualidade da assistência obstétrica e neonatal, entre outros recursos, depende da organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado.

É necessário que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento que têm direito visando a redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério. Para isso, é necessário que todos os pontos da rede de atenção estejam atuando de forma integrada e harmonica, visando garantir o atendimento integral à mulher e ao recém-

-nascido, evitando sua peregrinação e, providenciando, quando necessário, sua transferência em transporte seguro e com garantia de vaga e acolhimento na unidade de referência. Em qualquer unidade de saúde, seja da atenção primária, urgência, hospital e maternidade, toda gestante e puérpera, assim como todo recém-nascido que procura assistência deve ser acolhido imediatamente, avaliado, a assistência iniciada e mantida até a sua estabilização, considerando a sua maior vulnerabilidade. Nas unidades de cuidado a mulher deve ser acolhida e o seu atendimento deve ser priorizado de acordo com o grau de risco que apresenta nesse momento.

3.1.2 Acolhimento com classificação de risco

O acolhimento na porta entrada das maternidades assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico-puerperal e tem função fundamental na construção de vínculo de confiança da mulher com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo no momento do parto.

Queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam aao rápida, o que exige preparo das equipes, com escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O acolhimento é decisivo não so no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da

mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais. O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados. O acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos apoiando a tomada de decisões do profissional de saúde e equipe a partir de uma escuta qualificada,

3.2 Diretrizes assistenciais

O processo de parturição consiste em complexo processo fisiológico no qual, por meio de contrações regulares e progressivas ocorre a passagem do feto pelo canal do parto culminando com a sua expulsão para o meio externo. Entretanto, a sua assistência tem sofrido inúmeras transformações ao longo do tempo, em função do contexto contemporâneo e do conhecimento de fatores psicoemocionais, econômicos, sociais e culturais. O momento atual se caracteriza por rápido desenvolvimento técnico-científico, queda da fecundidade, aumento da idade e das condições clínicas da mulher ao gestar, resultando em grande diversidade de paradigmas para a assistência ao parto.

O avanço da obstetrícia moderna contribuiu para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais. Por isto deve, também, permitir a concretização de um modelo assistencial que considere a gravidez, o parto e o nascimento como expressões de saúde, e não como doença. Devem sempre ser considerados os aspectos emocionais, humanos, culturais e sociais envolvidos no processo para que a assistência seja cada vez mais individualizada e humanizada.

Por gerações e em todas as culturas humanas, o surgimento de um novo ser sempre despertou corações e mentes. Para a mulher principalmente, a gravidez, e o nascimento em particular, são eventos únicos repletos de fortes sentimentos e emoções. A experiência vivida por ela nestes momentos ficará indelevelmente marcada na sua memória e, por isso, todos os envolvidos na sua assistência, desde o pré-natal até o parto, devem lhe proporcionar uma atmosfera de respeito e carinho. O principal para-

3.2.1 Humanização da assistência

A assistência à mulher e à família durante o parto deve apoiar-se em práticas humanizadas, desde a construção e planejamento das práticas do serviço até o atendimento e cuidado individual. O nascimento é uma celebração. É um privilégio para todos os membros da família e profissionais de saúde envolvidos. O parto é um processo saudável e os profissionais de saúde desempenham um profundo papel neste momento, facilitando o apego entre mães e recém-nascidos, assim como o fortalecimento das relações familiares. A presença de um acompanhante de escolha da mulher e/ou

digma a ser resgatado é a atenção centrada na mulher e seu contexto familiar.

Esta prática deve ser desenvolvida a partir das instituições de ensino, que devem preparar o estudante para o trabalho em equipe multiprofissional harmoniosa, utilizando conhecimentos, habilidades e atitudes para oferecer à gestante e ao bebê uma assistência individualizada, de forma competente, com segurança e humanismo. O local onde a mulher é cuidada não pode ser um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, onde a mesma não possa expressar livremente seus sentimentos e necessidades, devendo receber cuidados individualizados e flexíveis de acordo com suas demandas. É necessário que a mesma se sinta segura e protegida por todos aqueles que a cercam. Ela deve sentir que está sendo compreendida e acolhida e que participará ativamente do processo do trabalho de parto e parto, para que tenha uma experiência de prazer e crescimento interior. Tanto na assistência pré-natal como na assistência ao nascimento, a presença do seu companheiro ou outro acompanhante deve ser sempre encorajada.

A interação imediata e contínua entre mãe e filho é outro foco prioritário na assistência. A separação mãe-filho deve ser evitada em qualquer momento, desde o nascimento até a alta. Tanto os fatores científicos, que trazem segurança, como os fatores humanos, que trazem alegria e felicidade, devem ser considerados para assegurar uma experiência bem sucedida e gratificante para todos os envolvidos. Essa interação mãe e filho deve promover apego e afeto, já que é um fator determinante para o desenvolvimento psicoafetivo da criança.

qualquer outro indivíduo que lhe ofereça apoio e suporte durante todo o trabalho de parto, parto e após o parto, independente dos profissionais envolvidos no processo, é fundamental.

Os procedimentos institucionais devem ser oferecidos de acordo com necessidades individualizadas (físicas, sociais e psicológicas) da mulher e seu filho estimulando o protagonismo da mulher no parto. As decisões devem ser compartilhadas com a mulher e seu(s) acompanhante(s). A família é uma unidade e não deve ser separada em nenhum momento desde a internação até a alta.

É importante destacar que, mesmo em situações em que a “celebração” do nascimento não se concretiza, como nos casos de fetos portadores de malformações incompatíveis com a vida ou natimortos, a

inclusão das boas práticas aliadas à humanização na assistência favorecem a mulher e tornam a vivência do momento menos traumática para toda a família.

3.3 Ambiência

O local do parto tem importante impacto sobre o andamento do trabalho de parto e o nascimento. A proposta de um ambiente acolhedor e de apoio ao processo natural iniciou-se com a abertura das salas de parto para os pais e outros familiares. Alguns hospitais esforçaram-se implementando salas de parto mais semelhantes ao ambiente doméstico e observou-se que isso aumenta a satisfação materna.

Salas de parto foram construídas visando o conforto materno: são as “Labour Delivery Rooms”, ou Quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério). Nestes ambientes é possível a assistência completa ao nascimento, desde a admissão até a alta para o domicílio. São quartos confortáveis, com camas largas e baixas (contrapondo às camas hospitalares altas e estreitas que dificultam a livre movimentação da mulher), com possibilidade de realização de diversos métodos para alívio não farmacológico da dor do parto (chuveiro quente, banheira para imersão em água morna, bola de Bobath, escada de Ling, espaço para deambulação, luz indireta, cromoterapia, dentre outros).

Além de serem dotadas de materiais para assistência ao parto fisiológico, os quartos PPPs também possuem todos os equipamentos para atendimento às emergências maternas e neonatais. Apesar de estarem disponíveis para uso imediato em caso de necessidade, estes equipamentos não são visíveis pela parturiente, assim como o relógio, de maneira que a mulher em trabalho de parto não se sinta “intimidada” pela tecnologia hospitalar e não se sinta pressionada pelo tempo de duração de seu trabalho de parto.

Revisões sistemáticas comprovaram que o parto em ambiente “home-like” (semelhante ao doméstico), quando comparado com o parto assistido em ambiente tradicional (salas de “pré-parto” e centro cirúrgico), apresenta diversos outros benefícios além da satisfação materna: diminui a necessidade de uso de ocitocina para aceleração do parto, diminui o uso de analgesia farmacológica,

diminui taxas de partos operatórios, diminui índice de lacerações perineais e anormalidades na frequência cardíaca fetal e aumenta o sucesso no aleitamento materno⁶.

Desta maneira, recomenda-se que toda mulher em trabalho de parto seja assistida em quartos individuais, desde o início do trabalho de parto ativo até o puerpério imediato (mínimo de duas horas após o parto) pelo menos, sem mudança de ambiente. Mesmo mulheres com elevado risco materno e/ou fetal se beneficiam da ambiência da suíte de parto e, desta forma, é recomendado que sejam assistidas neste ambiente. A RDC 36, de 2008, dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal e fornece todas as orientações para a construção de suítes PPP (Veja link na página 3). Ressalte-se que qualquer quarto individual com banheiro pode ser utilizado como PPP, pois trata-se, sobretudo, de um processo assistência, acima de um desafio arquitetônico ou estrutural.

Também é de fundamental importância que todos os profissionais envolvidos no cuidado à parturiente sejam empáticos e respeitosos, evitando entradas intempestivas no quarto, assim como a presença de muitos profissionais ao mesmo tempo no ambiente. O ideal é que o(s) profissional(is) assistente(s) de uma determinada mulher internada numa suíte de parto seja(m) o(s) mesmo(s) desde a internação até o parto. Caso não seja possível, no momento da troca de plantão a mulher deve ser orientada e apresentada ao novo(s) profissional(is) que continuará(ão) seu cuidado.

A voz dentro do quarto de parto deve ser utilizada o mínimo possível, num tom baixo e delicado. Diálogos com a parturiente devem ser realizados preferencialmente nos intervalos entre as contrações. As pessoas que estiverem neste ambiente, na cena do parto, devem manter postura de respeito e em sintonia com o momento, para apoiar o processo fisiológico do nascimento.

6 Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1. Art. No.: CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub2.



Figura 1 - Suíte de parto do Hospital Sofia Feldman

3.4 Assistência ao parto e ensino acadêmico e profissional

A educação dos acadêmicos e profissionais da rede de assistência ao parto (alunos de graduação de enfermagem e medicina, residentes de enfermagem obstétrica, obstetrícia, neonatologia e anestesiologia) deve se embasar nas melhores práticas de acordo com as evidências científicas, sempre com a visão da assistência respeitosa que promova a fisiologia e o cuidado integral da mulher e bebê. Sua participação no cuidado pode ser de grande benefício para a parturiente, desde que sejam observadas algumas orientações:

- (1) O aluno deve ter orientação sobre as boas práticas na assistência ao parto oferecidas à parturiente que está acompanhando. Como parte da equipe, deve apoiar e incentivar a utilização das práticas baseadas em evidências com uma postura proativa e crítica;
- (2) O aluno, sob supervisão, deve oferecer informações às mulheres e familiares acerca do cuidado em saúde para que possam fazer escolhas informadas. Deve, ainda, encorajar a participação ativa da mulher no seu processo de parto;
- (3) O aluno, sob supervisão, deve acompanhar a mulher durante todo o trabalho de parto, evitando entradas intempestivas e pontuais, apenas para observar a cena do parto e/ou procedimentos técnicos. O aprendiz deve estar na cena do parto, com qualidade de presença e

- em sintonia com a situação, já que toda presença interfere no processo;
- (4) O aluno poderá prestar assistência técnica sob supervisão (por preceptor que é o responsável pela paciente), desde que tenha conseguido estabelecer um vínculo com a mulher e sua família, durante a internação;
 - (5) O número de alunos no acompanhamento do trabalho de parto e parto deve ser o menor possível. Sendo assim, deve-se manter a relação de 1:1 (1 aprendiz/1 parturiente);
 - (6) A presença de alunos no serviço não deverá ser, jamais, elemento motivador para realização, pela equipe da assistência, de intervenções clínicas ou cirúrgicas desnecessárias, com o argumento de necessidade de aprendizado. Deve-se lembrar que as instituições de cuidado a parturientes e recém-nascidos devem ser focadas na assistência de qualidade, centrada na mulher e sua família, os quais jamais podem se tornar meros objetos de ensino.

4 Atribuições da equipe assistencial

As orientações a seguir referem-se à atuação da equipe de enfermeiros obstetras, obstetrizes e médicos (obstetras, anestesistas, pediatras/neonatalogistas, outros). Os outros profissionais de apoio na assistência ao parto deverão atuar de acordo com suas competências técnicas e legais. Objetivam, principalmente, uma atuação coesa e colaborativa da equipe baseada na capacitação técnica e legal dos seus membros. O trabalho em

equipe deve ser efetivo e harmonioso.

A comunicação entre membros da equipe de assistência ao parto deve ser assertiva, não hierarquizada e com uma periodicidade que atenda à necessidade para o bom funcionamento do serviço. Sugerem-se reuniões diárias para discussão dos casos e decisão sobre condutas mais apropriadas a serem tomadas coletivamente.

4.1 Enfermeiros obstetras e obstetrizes

- Oferecer cuidados às mulheres e seus filhos ou filhas, independente do local do parto;
- Oferecer apoio emocional, garantir a continuidade do cuidado e promover e proteger a gravidez e o trabalho de parto, sempre que possível, como processos fisiológicos mesmo em situações em que for necessária a participação do médico obstetra;
- Avaliar gestantes de risco habitual verificando se a mesma está em trabalho de parto inicial ou fase ativa e realizar internação hospitalar, quando necessário;
- Assistir ao parto normal em todas as suas fases, independente da categoria de risco da parturiente, com as seguintes competências:
 - Avaliação do estado geral da parturiente;
 - Avaliação de dados vitais (frequência respiratória, pulso, pressão arterial, temperatura);
 - Avaliação da dinâmica uterina;
 - Avaliação do bem-estar fetal por ausculta intermitente e/ou cardiotocografia;
 - Realização de toque vaginal;
 - Realização de amnioscopia, caso seja utilizada para definição de risco e tomada de condutas obstétricas;
 - Adoção de medidas simples para correção de alterações na frequência cardíaca fetal tais como mudança de posição e oxigenioterapia;
 - Sugestão de técnicas de alívio da dor apropriadas;
 - Identificação da presença de dor intolerável e não-responsiva ao uso de técnicas não-farmacológicas e solicitação de avaliação médica;
- Identificação das distócias obstétricas e notificação imediata do médico obstetra. De acordo com orientação e prescrição deste, utilizar de medidas corretivas;
- Identificação de risco e dos desvios da normalidade e solicitação de assistência médica presencial. No caso de emergências obstétricas absolutas, (distócia de ombro, por exemplo) iniciar manobras preconizadas até a chegada do médico obstetra ao local do parto;
- Identificação de complicações no puerpério imediato, como hemorragias, e utilização de medidas corretivas simples como: posicionamento, uso de ocitocina, oxigenioterapia, hidratação venosa, massagem uterina, conforme os protocolos institucionais, com notificação imediata ao médico obstetra;
- Avaliar e prestar assistência até a alta a puérperas após parto normal, como parte do trabalho em equipe;
- Avaliar e adotar condutas, conforme diretrizes assistenciais, em puérperas com problemas relacionados à amamentação e às mamas;
- Solicitar avaliação presencial do médico obstetra para puérperas com outras complicações ou problemas médicos ou obstétricos mais complexos;
- Avaliar e dar assistência imediata ao recém-nascido após o parto (Portaria Ministério da Saúde No 371 de maio 2014- Veja link na pagina 3);

- Avaliar e prestar assistência ao recém-nascido no alojamento conjunto até a alta. (Lei de Atuação da Enfermagem Obstétrica – Veja Link na página 3);
- Solicitar avaliação presencial do médico pediatra/neonatologista para recém-nascidos prematuros ou de risco, em tempo hábil para a assistência adequada ao re-

4.2 Médico obstetra

- Trabalhar em estreito relacionamento, colaboração e harmonia com a enfermagem obstétrica, com médicos pediatras e anestesiológicos, no sentido de promover excelência na assistência obstétrica;
- Assegurar alto padrão de cuidado baseado em evidências científicas para as mulheres e seus bebês;
- Conduzir a assistência obstétrica das pacientes que apresentem fatores de risco gestacional, distócias de parto com seus tratamentos e parto cirúrgico, juntamente com os demais membros da equipe assistencial;
- Atuar prontamente nas situações de urgência e emergência ameaçadoras à vida da mulher e do feto / recém-nascido;
- Atender prontamente à solicitação de enfermeiro obstetra/obstetiz e/ou outros membros da equipe assistencial para avaliação de parturiente com suspeita de parto distócico;
- Conduzir todo parto distócico, com a par-

4.3 Médico pediatra - neonatologista

- Assegurar alto padrão de cuidados para todos os recém-nascidos, em particular os prematuros ou com patologias;
- Formar e liderar equipe técnica (médicos ou enfermeiros) capaz de prestar assistência ao recém-nascido saudável no momento do nascimento;
- Atender prontamente ao chamado para assistência em todo nascimento (a Sociedade Mineira de Pediatria recomenda a presença do pediatra em todos os nascimentos);
- Estar disponível para atuar prontamente

cém-nascido, respeitando a importância do “minuto de ouro”;

- Auxiliar os outros membros da equipe a estarem atentos sobre aspectos importantes da história materna ou fetal que possam necessitar intervenções.

ticipação de outros membros da equipe sob sua responsabilidade;

- Identificar a presença de dor não-responsiva ao uso de técnicas não-farmacológicas e ofertar, de acordo com o desejo da mulher e em consenso com a equipe (médico anestesiológico e enfermeiro obstetra/obstetiz) o uso de técnicas de analgesia farmacológica;
- Acompanhar, em conjunto com a enfermagem obstétrica e médico anestesiológico, todas as pacientes em uso de técnicas farmacológicas de analgesia durante o trabalho de parto e parto;
- Discutir, diariamente, com a equipe todas as altas hospitalares, incluindo as do alojamento conjunto, sendo o responsável final pelas mesmas (Lei No 12.842, de 10 de julho de 2013);
- Realizar avaliação e auditoria das práticas obstétricas e propor modificações quando necessário.

para assistência ao recém-nascido nas situações de emergência agudas, graves e ameaçadoras à vida. Assim como às situações de cuidados básicos e de rotina ao recém-nascido;

- Trabalhar em regime de estreito relacionamento, colaboração e harmonia com a enfermagem obstétrica, médicos obstetras e anestesiológicos, no sentido de promover excelência na assistência neonatal;
- Desenvolver e implementar padrões adequados de prática neonatal e ter papel central no gerenciamento de risco.

4.4 Médico anestesiológico

- Manter comunicação constante e efetiva com a equipe de atenção obstétrica estando ciente, em especial, das pacientes com maior risco potencial de complicações presentes, ainda que não apresentem indicação de procedimentos anestésicos;
- Realizar a avaliação pré-anestésica de todas as pacientes que possam necessitar de uso de analgesia/anestesia e de pacientes com maior risco de complicações clínicas ou obstétricas;
- Acolher a mulher que relata dor não-tolerável mesmo após uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e indicar, de acordo com o desejo da mulher e em conjunto com a equipe, a técnica de analgesia farmacológica mais apropriada;
- Executar a analgesia para o trabalho de par-

- to/parto e manter o acompanhamento de toda paciente sob analgesia farmacológica;
- Estar prontamente disponível para atuar nas situações de urgência/emergência em que seja necessário o uso de técnicas anestésicas, suporte clínico ou ressuscitação cardiopulmonar;
- Participar ativamente na decisão da escolha da analgesia para dor pós-operatória aguda;
- Retirar o cateter peridural ao final do procedimento em casos de técnicas neuroaxiais contínuas ou intermitentes;
- Oferecer atendimento de qualidade às gestantes e trabalhar junto aos gestores hospitalares para garantir presença de equipamentos, materiais, medicamentos e processos de trabalho que aumentem a segurança das pacientes.

4.5 Outros profissionais da assistência

Demais profissionais que prestam cuidados direto ou indireto à gestante e sua família devem trabalhar harmoniosamente para garantir a individualização do cuidado. Todos devem se esforçar para que

as práticas instituídas pela equipe sejam realizadas de acordo com protocolos previamente estabelecidos baseados em evidências.

5 Aspectos gerais da assistência à gestante

5.1 Pré-natal

5.1.1 Acompanhamento multidisciplinar na gestação

A assistência à mulher gestante deve abranger todos os aspectos para o alcance de melhores resultados de saúde para ela e seu filho. Saúde não é apenas a ausência de doença; desta forma, os profissionais devem atuar no acompanhamento da mulher, para atingir o objetivo de bem-estar mais abrangente. O acompanhamento clínico pré-natal

deverá ser feito por equipe composta por enfermeiros (generalistas e/ou obstetras) e médicos (generalistas e/ou obstetras), de acordo com necessidade clínica de cada gestante. Outros profissionais, como nutricionista, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas e doulas também terão papel importante no cuidado e preparação da mulher para o parto e puerpério.

5.1.2 Preparo para o parto durante a gestação

Curso de preparo para o parto e aleitamento materno

Algumas medidas anteparto podem ser adotadas a fim de preparar a gestante para o momento do parto. A preparação para o parto pode acontecer

de várias formas, mas todas devem estar estruturadas para habilitar a mulher para o trabalho de parto, parto e as primeiras semanas de cuidado com o recém-nascido. Desde os anos 50, cursos de preparação para o parto usando as técnicas de Lamaze e de Dick-Read têm sido utilizados para informar as mulheres e seus parceiros como lidar com a dor ocasionada pelas contrações durante o trabalho de parto.

Esta preparação inclui um conjunto de técnicas de respiração, exercícios de relaxamento, informação e suporte para alívio da dor no parto. Mais recentemente, informações acerca da evolução do trabalho de parto, medicações, riscos e benefícios da analgesia farmacológica, sobre a cesariana, aleitamento e paternidade, foram incluídos como conteúdo. O objetivo principal dos cursos de preparação é ajudar as mulheres a se sentirem confiantes para o parto normal e o aleitamento materno⁷.

Grupo de Gestantes

Os grupos são espaços de acolhimento, troca de experiências e compartilhamento mútuo. Sugere-se que os grupos de gestantes sejam mediados por profissionais da assistência: médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, obstetrias, doulas ou educadores perinatais. Participam dos grupos gestantes desacompanhadas ou acompanhadas do parceiro ou alguém de sua confiança, que irá ajudá-la no parto e no puerpério.

Assim como nos cursos, os grupos de gestantes devem fornecer informações de qualidade sobre a fisiologia do nascimento e apoio emocional para que a mulher se sinta competente e segura, entendendo o parto como um processo ativo do seu corpo e altamente vinculado ao seu protagonismo.

Recomenda-se que as gestantes sejam incentivadas a visitar a maternidade onde pretendem ser assistidas no parto e se informar sobre os fluxos, rotinas e protocolos adotados pelas instituições, assim como a estrutura física oferecida. As equipes das maternidades por sua vez deverão se organizar para receber estas gestantes aproveitando o momento da visita como mais um espaço de acolhimento e fortalecimento da mulher.

Exercícios do assoalho pélvico

Dados epidemiológicos sugerem que tanto a gravidez como o parto são fatores de risco para incontinência urinária. Mulheres que fazem exercícios do assoalho pélvico durante a gestação apresentam menos incontinência urinária no final da gravidez e após o parto. Esse efeito ainda é maior em certos grupos de mulheres, como aquelas que tiveram bebês grandes e partos a fórcepe. Por isto, orientações sobre exercícios de assoalho pélvico são recomendados para todas as gestantes⁸.

Massagem perineal

A massagem do períneo iniciada após 35 semanas tem sido proposta a fim de diminuir a ocorrência de lacerações perineais e redução de chance de realização de episiotomia⁹.

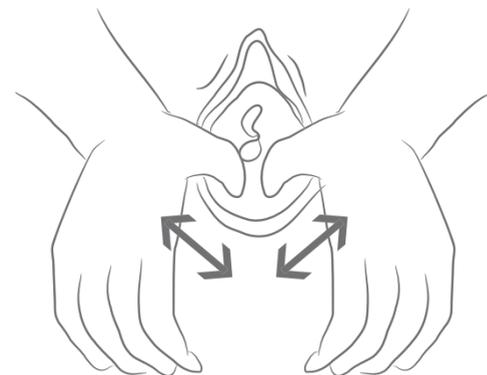


Figura 2 - Massagem Perineal

Autodiagnóstico do trabalho de parto

A presença de contrações sintomáticas no fim da gravidez pode levar ao falso diagnóstico de trabalho de parto, acarretando várias visitas ao hospital, frustração e desconforto para a mulher. Durante o acompanhamento pré-natal a gestante deve ser orientada sobre como reconhecer a fase ativa do trabalho de parto e quais os sintomas que sinalizam a necessidade de procurar avaliação clínica. Ter este conhecimento irá reduzir a chance de admissão hospitalar precoce e a ansiedade materna.

5.1.3 Plano de parto

O plano de parto é uma lista de itens relacionados ao parto, sobre os quais a gestante pensou e refletiu. Isto inclui a escolha da maternidade que deseja para o seu parto, seu(s) acompanhante(s), os procedimentos que deseja e quais prefere evitar. Funciona como uma carta, onde a gestante diz como prefere passar pelas diversas fases do trabalho de parto e como deseja que seu bebê seja cuidado após o nascimento.

Entende-se que o maior valor do plano de parto é propiciar uma maior reflexão e compreensão sobre os cuidados obstétricos. É um exercício que leva informação à mulher, fazendo com que ela esteja mais bem preparada para conversar com os profissionais que irão cuidar dela no pré-natal e no parto. Não se trata, portanto, de uma lista de exigências, mas de um ponto de partida para a conversa.

A construção do plano de parto deve ser estimulada durante as consultas e grupos de pré-natal. Sempre que possível, deve ser apresentado previamente à maternidade onde a mulher deseja ter seu bebê, para que seja avaliado como exequível ou não de acordo com as instalações de cada instituição e protocolos assistenciais.

É importante, ainda, que a mulher compreenda que, se necessário, a equipe assistencial poderá tomar medidas e condutas distintas das descritas no seu plano de parto, desde que estas representem maneiras de garantir a sua segurança e de seu filho durante o trabalho de parto e nascimento.

A Prefeitura de Belo Horizonte oferece às gestantes da cidade um modelo de plano de parto que se encontra anexo à cartilha da gestante, que é distribuída durante o pré-natal. O mesmo pode ser destacado

da cartilha e entregue à equipe de assistência no momento da admissão na maternidade. (Ver em Anexo 6.4. "Plano de Parto da Prefeitura de Belo Horizonte".)

Termo de Consentimento pós-informado

Consentimento pós-informado é um documento assinado pela(o) paciente ou responsável consentindo à equipe da instituição a realização de determinados procedimentos após haver recebido informações.

Apesar de o trabalho de parto fisiológico não ser considerado um "procedimento" médico ou cirúrgico, é possível que, durante a evolução e acompanhamento do trabalho de parto, sejam realizadas intervenções com o intuito de melhorar os resultados perinatais. Além disto, eventos adversos durante e após o parto, apesar de incomuns, podem ocorrer, demandando alguma(s) intervenção (ões).

O conhecimento, pela mulher e seus familiares, dos possíveis eventos adversos e intervenções que possam acontecer durante a assistência ao parto na maternidade, melhora a relação e o diálogo com os profissionais do cuidado durante a internação, já que, no momento em que as intervenções são sugeridas, durante o trabalho de parto, a mulher encontra-se vulnerável para a plena tomada de decisões.

Desta maneira, é recomendado que, durante o acompanhamento pré-natal, a mulher seja orientada sobre eventos que podem acontecer durante a assistência ao seu parto e tenha a oportunidade de obter o termo de consentimento pós-informado. Um modelo deste documento é disponibilizado no Anexo 6.5. "Termo de consentimento pós-informado para assistência ao parto normal".

5.2 Acolhimento da mulher em trabalho de parto

A atenção humanizada à parturiente pressupõe que a dignidade das mulheres está no respeito e incentivo à sua autonomia e seu controle sobre a situação. A mulher tem posição central no processo de nascimento e deve participar ativamente nas decisões sobre sua saúde. Desta maneira, após a admissão, a equipe de cuidado obstétrico deve observar os seguintes itens:

- Chamar a mulher pelo nome;
- Se identificar e usar crachá com nome e função;
- Apresentar a equipe de cuidado e a fun-

ção de cada um no processo de assistência ao nascimento;

- Informar à mulher e acompanhante sobre o diagnóstico de trabalho de parto e rotinas da maternidade;
- Tomar conhecimento do plano de parto apresentado pela mulher;
- Dar apoio à mulher e acompanhante durante o trabalho de parto e parto, propiciando um ambiente tranquilo e acolhedor, respeitando sua individualidade e privacidade;

7 Hotelling BA. Teaching Normal Birth. *Normally J Perinat Educ.* 2009 Winter; 18(1): 51-55.

8 Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; (4):CD007471.

9 Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; (1):CD005123.

- Realizar a triagem para sífilis e HIV com aconselhamento pré-teste;
- Registrar os dados do trabalho de parto em partograma;
- Não realizar: tricotomia, clister intestinal e infusão venosa de líquidos de rotina;
- Incentivar e propiciar a presença do acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto, de acordo com o seu desejo;
- Orientar sobre opções de escolha em relação à posição para trabalho de parto e

- parto, incentivar a deambulação e posições verticalizadas;
- Estimular ingestão de líquidos sem resíduos, na ausência de contra-indicações;
- Evitar manobras e intervenções desnecessárias que interferem com aspectos fisiológicos e psicológicos durante o trabalho de parto;
- Disponibilizar e incentivar o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor;
- Disponibilizar os métodos farmacológicos de alívio da dor, informando sobre seus benefícios e desvantagens.

- dentes obstétricos e condição psicossocial;
- Buscar condições fetais que podem se associar a risco aumentado durante o parto, como: prematuridade, crescimento intra-uterino restrito,

macrossomia fetal, malformações fetais, apresentação fetal anômala e alterações do líquido amniótico (volume, presença de mecônio), teste rápido para infecção pelo HIV positivo.

5.2.1 Diagnóstico do trabalho de parto e internação

Fase latente e fase ativa do trabalho de parto

O início do trabalho de parto é um processo fisiológico complexo e não pode ser facilmente definido por um único evento. Embora seja um processo contínuo, é conveniente dividir em períodos para fins assistenciais. As definições dos períodos do parto devem ser claras para assegurar que a mulher e seus assistentes tenham uma compreensão compartilhada dos conceitos envolvidos, permitindo uma boa comunicação entre ambos.

A *fase latente* é o período de tempo, não necessariamente contínuo, quando existem contrações uterinas dolorosas e alguma modificação das condições cervicais, incluindo apagamento e dilatação, até 3 cm. Sua duração é extremamente variável, uma vez que é difícil determinar o momento exato de seu início. A *fase ativa* ou *franco trabalho* de parto, se inicia quando há presença de contrações uterinas regulares (mínimo de duas contrações em dez minutos de avaliação) e dilatação cervical progressiva a partir de 3 cm.

Momento ideal para internação hospitalar

Para a assistência ao trabalho de parto em ges-

tação a termo, a internação hospitalar deve ser retardada até quando a mulher realmente esteja na fase ativa do trabalho de parto. Esta medida evita intervenções desnecessárias e propicia melhores resultados perinatais.

As gestantes que não preencherem o critério de internação por estarem ainda na fase latente do trabalho de parto deverão ser orientadas pelo profissional/equipe que a atendeu, de maneira empática e acolhedora, sobre os benefícios de retardar a internação e, juntamente com seu(s) acompanhante(s) e/ou familiar(e)s receber orientações sobre como reconhecer, no domicílio, os sinais de fase ativa de trabalho de parto. Deve ser assegurado a ela e sua família que poderá retornar à maternidade para ser avaliada a qualquer momento. Deve-se estar atento ao considerar essa possibilidade de acordo com o local da residência da mulher e a facilidade de acesso para o hospital. Caso deseje, pode ser oferecida uma reavaliação com horário definido, o que pode ser confortante para gestantes e acompanhantes que demonstrem ansiedade por insegurança em reconhecer o trabalho de parto ativo.

Rotura de membranas, mesmo sem trabalho de parto, é um critério para internação. (Ver item 5.3.5. "Rotura prematura de membranas no termo").

5.2.2 Avaliação do risco materno e fetal

No momento da admissão deve-se avaliar o risco materno e fetal, já que mulheres de baixo risco podem ter partos de alto risco, assim como mulheres com gestação de alto risco podem ter partos sem complicações. Neste sentido, deve-se sempre:

- Avaliar a evolução da gestação observan-

do os dados do cartão de pré-natal (ganho de peso, altura uterina, resultados de exames e ultrassonografia);

- Checar idade materna, confirmar idade gestacional, doenças surgidas durante a gravidez, história prévia pessoal e familiar, antece-

5.2.3 Suporte contínuo

O apoio contínuo à mulher em trabalho de parto traz uma série de benefícios e diminui a incidência de maus resultados perinatais: favorece a progressão mais rápida do trabalho de parto, diminui a necessidade de analgesia farmacológica, a taxa de parto operatório e de cesariana e está associado a melhores resultados no índice de Apgar de quinto minuto, além de proporcionar avaliação mais positiva da experiência no nascimento¹⁰.

O suporte contínuo pode ser oferecido à parturiente pelo seu acompanhante ou por uma doula, mas também pode ser oferecido por profissionais que participam da assistência (técnicos de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, alunos de graduação, dentre outros).

Sempre que possível, a mulher deverá ser assistida, do ponto de vista técnico, pelo mesmo profissional durante todo o trabalho de parto e parto. Este profissional deverá ser capaz de, além de acompanhar

e avaliar adequadamente a evolução do parto, também oferecer apoio emocional à mulher, assegurando assistência individualizada e holística. A mulher e seu acompanhante devem ser informados sobre todos os membros da equipe presentes na condução do parto, de forma a se sentirem confortáveis com a presença de outro membro da equipe em qualquer momento durante o processo assistencial.

O suporte emocional e físico não envolve apenas a adoção de determinadas técnicas de conforto e relaxamento. É necessário que todos aqueles envolvidos na assistência estejam imbuídos de um espírito da promoção de uma experiência gratificante no momento do nascimento, tanto para a mulher quanto para sua família. Devem estar preparados para uma ação que leve em conta as necessidades individuais da mulher, pois o que pode ser bom para uma pode não ser para outra, além de ter capacidade de estabelecer boa comunicação interpessoal.

5.3 Assistência ao primeiro período do trabalho de parto

5.3.1 Duração do primeiro período do trabalho de parto

A duração do trabalho de parto ativo varia muito de mulher para mulher e é influenciada pela paridade, posição da mulher e estado das membranas. O progresso do trabalho de parto fisiológico não é necessariamente linear. Na maioria dos casos e sem intervenções, as primíparas em trabalho de parto ativo atingirão o segundo período do parto em até 18 horas (média de 8 horas) e as multíparas em até 12 horas (média de 5 horas).

A instituição de medidas para aceleração do primeiro período do trabalho de parto não deve ser rotina, pois mesmo que estas medidas sejam interessantes para a instituição e para os profissionais, podem ser prejudiciais à parturiente em quem deve estar centrada a assistência.

A aceleração do trabalho de parto deve ser realizada de maneira criteriosa, levando sempre em consideração as evoluções anotadas no partograma (Ver anexos 6.1. "Partograma recomendado pela Prefeitura de Belo Horizonte" e 6.2. Orientações sobre preenchimento do partograma). Sendo assim, a decisão de intervir em caso de um suposto prolongamento do primeiro período do trabalho de parto deve ser tomada em função do progresso da dilatação e de outros fatores obstétricos, e não exclusivamente com base na duração do trabalho de parto. (Ver item 5.9.1. Parada de progressão no primeiro período do trabalho de parto).

¹⁰ Hodnett ED1, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2):CD003766.

5.3.2 Práticas assistenciais recomendadas para o primeiro período do trabalho de parto

Monitorização dos sinais vitais maternos

O pulso materno, a pressão arterial e a temperatura devem ser avaliados a cada 4 horas, entre as contrações, e repetidos se aparecerem sintomas de alteração, tais como: dispnéia, lipotímias, cefaléias, escotomas visuais, zumbidos, dor aguda, calafrios e sudorese.

Monitorização da evolução do trabalho de parto

Recomenda-se, de acordo com evidências científicas atuais, que a avaliação das contrações uterinas deva ser realizada a cada 30 minutos e que o exame genital para medida da dilatação cervical seja realizado a cada 4 horas¹. Na maioria das vezes, não há necessidade de toques vaginais com frequência ou intervalo menor, a menos que haja dúvidas sobre a progressão do trabalho de parto, suspeita de prolapso de cordão ou se houver desejo da mulher para a realização deste exame. (Veja sessão 5.3.4. "Avaliação do progresso da dilatação e descida da apresentação").

Dieta

A restrição de líquidos e sólidos durante o parto constituiu uma rotina assistencial que pretendia prevenir o risco de aspiração gástrica em caso de intervenção cirúrgica sob anestesia geral. Entretanto, sabe-se que esta medida não garante a redução do conteúdo gástrico e que o bem estar da mulher durante o trabalho de parto pode ser afetado pela impossibilidade de beber ou ingerir alimentos.

Atualmente, a anestesia geral em obstetrícia ce- deu espaço às técnicas neuroaxiais de forma que a adoção rotineira de jejum para mulheres em trabalho de parto não mais se justifica na prática assistencial.

O desenvolvimento de cetose pelo jejum prolongado durante o parto é motivo de preocupação, já que podem causar náuseas, vômitos, cefaleia e exaustão materna. Para evitar isto, e também para que aumente a satisfação e conforto maternos, deve-se oferecer à gestante em trabalho de parto a livre ingestão de líquidos sem resíduos (sucos sem polpa, chás, café, bebidas isotônicas e gelatina) e/

ou alimentos que fornecem calorias sem aumentar resíduos gástricos, como mel e rapadura.

É recomendável que cada serviço crie, em conjunto com o setor de nutrição, uma dieta específica com os itens indicados para as parturientes.

Em algumas situações excepcionais, em que há aumento da predisposição à regurgitação e aspiração pulmonar, recomenda-se dieta oral suspensa. São elas: (1) Gestantes com obesidade mórbida, (2) Mulheres que fizeram uso de opioides sistêmicos; (3) Gestantes cuja via aérea apresente parâmetros preditores de dificuldade ou situações clínicas que retardem o esvaziamento gástrico e (4) Mulheres com risco aumentado de receber anestesia geral (últimos dois itens definidos após avaliação de médico anesthesiologista).

Acesso venoso de rotina

Não há necessidade de instalação de veia periférica e/ou administração rotineira de líquidos por via venosa no trabalho de parto normal. A instalação de acesso venoso causa desconforto à parturiente, aumenta riscos de infecção local, limita a livre movimentação e o uso de métodos não farmacológicos de alívio à dor. Por isto, o acesso venoso em mulheres em trabalho de parto deve ser criteriosamente indicado.

Amniotomia

A amniotomia se associa a uma série de riscos maternos e neonatais, por isto não deve ser realizada como manobra rotineira no trabalho de parto, exceto se aparecerem complicações como:

- Trabalho de parto prolongado (descarta- da desproporção feto-pélvica e atividade uterina inadequada);
- Necessidade de encurtar o trabalho de parto por problemas maternos ou fetais;
- Polidrâmnios;
- Hemorragia por placenta prévia marginal;
- Descolamento prematuro da placenta;
- Feto morto ou malformação fetal.

Se as membranas amnióticas se rompem espontaneamente ou artificialmente, deve-se anotar o aspecto do líquido amniótico na folha de evolução clínica e no partograma, já que a presença de mecônio, mesmo não significando necessariamente comprometimento fetal, se associa a maior risco de morbimortalidade neonatal.

Deve-se sempre realizar um exame vaginal se ocorrer rotura espontânea das membranas para descartar a possibilidade de prolapso de cordão. Por fim, a amniotomia é contra-indicada na gestante HIV positiva.

Uso do partograma

O partograma é uma representação gráfica do trabalho de parto, criada inicialmente por Friedman, em 1954¹¹, por meio da observação da evolução natural do trabalho de parto de 100 mulheres africanas, com toque retal a cada hora. Ele produziu uma curva sigmoide em forma de S e chamou de "cervicografia". Em 1972, com o objetivo de treinar parteiras em Zimbabwe, Philpott¹², num estudo com 624 mulheres, adicionou outros dados à cervicografia, e também uma linha de alerta, que, quando ultrapassada, indicava a necessidade de transferência da parturiente para um centro onde pudesse receber cuidados obstétricos em caso de prolongamento do trabalho de parto. Mais tarde, Philpott criou também uma "linha de ação", que indicava necessidade de intervenção no trabalho de parto, como amniotomia ou ocitocina.

Com o passar dos anos o partograma se tornou parte da rotina na assistência ao parto em todo o mundo e desde 1994 sua utilização é recomendada pela OMS¹³.

Estudos mais recentes mostraram que o partograma não é uma ferramenta absoluta para indicação de intervenções no trabalho de parto. Seu uso não melhora a taxa de cesariana, de parto instrumental nem o índice de Apgar no 5º minuto¹⁴. Entretanto, é consenso entre as instituições nacionais e internacionais que seu uso deve ser mantido, pelos seguintes motivos:

- Facilita o acompanhamento do trabalho de parto por principiantes;
- É excelente ferramenta de ensino;
- Facilita a supervisão da qualidade da assistência;
- Favorece a utilização racional de ocitócicos, analgesia e amniotomia, contribuindo para diminuir a incidência de cesárea;

- Sua utilidade é muito grande no diagnóstico das distócias e para definição da conduta a ser adotada em cada uma delas;
- Facilita a comunicação entre profissionais que se intercalam no cuidado à mulher durante o trabalho de parto.

Assim que o trabalho de parto ativo for estabelecido, o partograma deve ser utilizado no acompanhamento de cada parturiente. Um modelo de partograma sugerido pela PBH e orientações sobre seu preenchimento estão disponibilizados nos anexos 6.1 e 6.2.

Infusão de ocitocina artificial

A ocitocina é um peptídeo sintético utilizado para aceleração do trabalho de parto com muita frequência em alguns países^{15,16}. O uso de dispositivos para controle de infusão e monitoramento eletrônico das contrações uterinas e batimentos cardíacos fetais fez com que seu uso se tornasse mais seguro. Mesmo assim, o uso indiscriminado de ocitocina sintética durante o trabalho de parto continua sendo associado a efeitos adversos preveníveis durante o nascimento.

Recentemente esta droga foi adicionada pelo Instituto para Administração Medicamentosa Segura (Institute for Safe Medication Practices - ISMP) a uma pequena lista de medicamentos "com alto grau de riscos", o que pode "requerer salvaguardas especiais para reduzir o risco de erro".

As evidências atuais sugerem que a infusão rotineira de ocitocina não deve ser realizada em trabalhos de parto fisiológicos. A aceleração do trabalho de parto com uso de ocitocina deve ter indicação criteriosa, a partir de análise do partograma, para correção de parada de progressão no trabalho de parto (Ver itens 5.9.1 e 5.9.3). O uso de ocitocina deve ser realizado de acordo com a dinâmica uterina, seguindo protocolo institucional pré-estabelecido para aumento de gotejamento até alcance dos níveis de contrações desejados e exige também o acompanhamento do médico obstetra. A indicação deverá ser justificada e registrada em prontuário da paciente.

11 Friedman E. Graphic analysis of labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1954;68:1568-75.

12 Philpott RH. Graphic records in labour. *BMJ* 1972;4:163.

13 Anonymous 1994. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *Lancet* 343

14 Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD005461. DOI: 10.1002/14651858.CD005461.pub4. (8910): 1399-404.

15 Freeman RA, Nageotte M. A protocol for the use of oxytocin. *Am J Obstet Gynecol.* 2007; 197:445-6.

16 Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD004907. DOI: 10.1002/14651858.CD004907.pub3

1 Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth. NHS: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations>

Posicionamento da mulher durante o trabalho de parto

As evidências¹⁷ indicam que o trabalho de parto é mais fisiológico quando se permite que a mulher adote livremente a posição vertical, porque:

- O ângulo entre o eixo fetal e o estreito superior favorece o encaixamento fetal na pelve;
- As contrações são mais intensas e eficientes;
- A mulher se sente mais confortável e sente menos dor;
- A duração do trabalho de parto se encurta.

Existem evidências de que a posição vertical encurta o trabalho de parto em cerca de 25%, não influi no momento da rotura espontânea das membranas, nem sobre a frequência da modelagem da

cabeça fetal (em particular sobre a bossa serossanguínea quando as membranas estão íntegras) e favorece a rotação cefálica interna¹⁷. Para favorecer a posição vertical é importante que a mulher tenha à sua disposição materiais e utensílios que a auxiliem nesse processo, tais como cadeiras, bancos, bolas, poltronas e escada de Ling, além de espaço e liberdade para se movimentar e mudar de posição durante o trabalho de parto.

Embora a mulher deva ser encorajada a adotar a posição vertical, ela deve ter liberdade de escolher em que posição quer ficar durante o trabalho de parto. Se escolher a posição horizontal, deve ser estimulado o decúbito lateral esquerdo para prevenir a hipotensão materna, que aumenta o risco de hipóxia fetal (síndrome supino-hipotensiva).

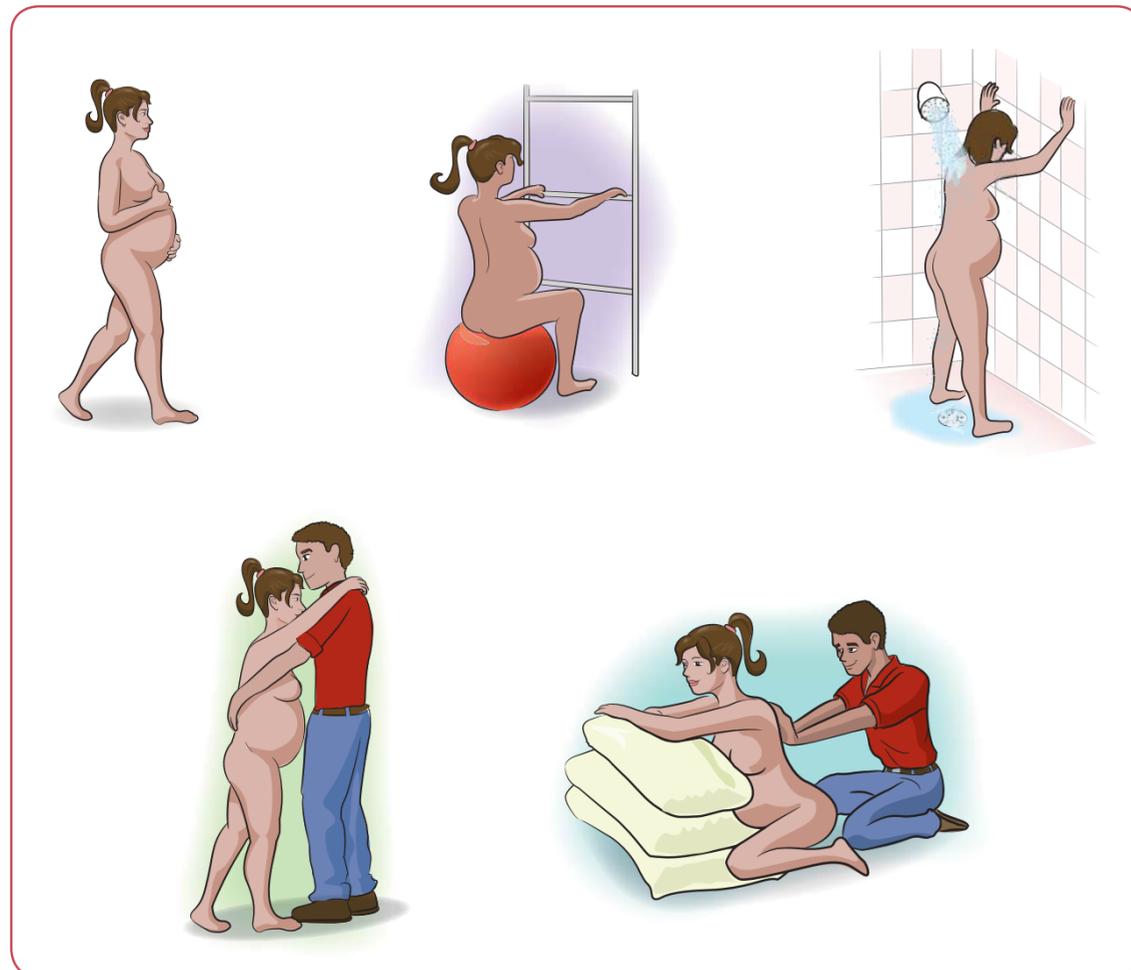


Figura 3 - Posições maternas para o Trabalho de parto

17 Silva LBD, Silva MP, Martins PC, Ferreira QTM. Posições maternas no trabalho de parto e parto. *Femina*; 35(2): 101-106. Fev 2007.

5.3.3 Monitorização fetal durante o trabalho de parto

Ausulta fetal intermitente

A ausculta fetal intermitente deve ser o método de escolha para avaliação do bem-estar fetal intraparto, devendo ser realizada antes, durante e após uma contração, em intervalos de 15 a 30 minutos durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

Monitorização fetal eletrônica contínua (cardiotocografia)

O uso da monitorização fetal eletrônica contínua não melhora os resultados perinatais se utilizada sem indicação precisa, aumenta as intervenções no parto e diminui a satisfação da mulher. Por isto, a cardiotocografia não deve ser realizada como rotina nem na admissão nem no acompanhamento do trabalho de parto em mulheres e fetos saudáveis. As indicações para o uso de cardiotocografia são:

- (1) Presença de líquido amniótico meconial (Ver item 5.3.6 - Líquido amniótico meconial);
 - (2) Frequência cardíaca fetal anormal detectada na ausculta intermitente (menor que 110 bpm ou maior que 160 bpm);
 - (3) Hipertermia materna;
 - (4) Sangramento vaginal anormal durante o trabalho de parto;
 - (5) Uso de ocitocina artificial para indução ou aceleração do trabalho de parto;
 - (6) Solicitação da gestante;
 - (7) Após instalação e repique de analgesia farmacológica;
 - (8) Feto com risco aumentado de hipóxia intra-parto (CIUR)
- Recomendações para análise do traçado cardiotocográfico estão disponibilizadas no Anexo 6.3. "Recomendações para interpretação do traçado da Cardiotocografia".

5.3.4 Avaliação do progresso da dilatação e descida da apresentação

A avaliação do progresso da dilatação e descida da apresentação fetal no canal de parto deverá ser realizada por meio de exame genital (toque), em geral a cada 4 horas, dependendo da evolução do trabalho de parto ou de acordo com outras necessidades (por exemplo após amniorrexe ou sob solicitação da mulher). No momento do exame genital deve-se considerar os seguintes aspectos:

- Certificar-se de que o exame é realmente necessário e irá acrescentar informações importantes no processo de decisão;

- Estar ciente do fato de que para muitas mulheres que já estão sentindo dor e em um ambiente não familiar, os toques vaginais podem ser bastante estressantes;
- Assegurar o consentimento, privacidade, dignidade e conforto da mulher no momento do exame;
- Explicar a razão do exame e como será realizado e explicar os achados para a mulher;
- Múltiplos toques simultâneos, principalmente por mais de um examinador, devem ser mandatoriamente evitados.

5.3.5 Rotura prematura de membranas no termo (RPMT)

Em 60% dos casos de RPMT (rotura espontânea com idade gestacional > 37 semanas na ausência de trabalho de parto), o trabalho de parto acontecerá espontaneamente em 24 horas. Entretanto, a conduta conservadora (aguardar o início espontâ-

neo do trabalho de parto) implica em maior taxa de infecção materna e neonatal e maior tempo de duração do trabalho de parto¹⁸. Por isto recomenda-se que a gestante com RPMT seja internada e que se proceda a indução de parto.

18 Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady VJ, Varatharaju B. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006(1)

5.3.6 Líquido amniótico meconial

Na presença de líquido amniótico meconial, recomenda-se a realização imediata de cardiograma (CTG). Se o líquido meconial for classificado como fluido (+), deve-se realizar CTG intermitente durante o trabalho de parto. Se o líquido meconial for classificado como moderado a espesso (++ ou +++), recomenda-se monitorização fetal contínua.

Profissionais treinados em reanimação neonatal

devem ser comunicados e disponibilizados no momento do nascimento (pediatra/neonatologista e enfermeiro treinado).

Não se deve realizar a sucção da nasofaringe e orofaringe logo após a saída da cabeça do bebê. Se o bebê nascer deprimido, laringoscopia e sucção com visão direta deverá ser realizada por profissional treinado em reanimação neonatal¹⁹.

5.3.7 Alívio da dor no parto

A satisfação no parto não está condicionada à ausência de dor, mas depende de vários fatores, como: ambiência (locais de parto "home-like" se associam a maior satisfação da mulher), presença de acompanhante, qualidade da relação com o(s) cuidador(es) e possibilidade de participação ativa nas decisões a respeito do seu cuidado²⁰. Alguns procedimentos rotineiros, muitas vezes considerados pelos profissionais da assistência como necessários, podem ser considerados pelas mulheres como desagradáveis e até degradantes. Em geral, quanto menos intervenções, maior é a sensação de controle da experiência pela mulher e consequentemente maior é a satisfação com a experiência do nascimento²¹.

Expectativas flexíveis e a preparação para o parto podem influenciar o bem-estar da mulher durante e após o parto. Apesar de a dor extrema poder resultar em trauma psicológico para algumas mulheres, para outras os efeitos indesejáveis dos métodos farmacológicos de alívio da dor podem influenciar negativamente a experiência do nascimento. O importante é que as necessidades individuais da mulher sejam reconhecidas por meio de um bom processo de apoio e comunicação, devendo-se estar alerta para as mudanças de comportamento durante o trabalho de parto, notadamente para sinais graves de estresse e esgotamento, o que pode indicar a necessidade de utilização de um método mais efetivo de alívio da dor.

Toda mulher deve se sentir livre para escolher a técnica de alívio da dor que pode ajudá-la durante o parto. Desta forma, tanto métodos farmacológicos quanto não farmacológicos devem ser disponibilizados pelos serviços de assistência obstétrica e serem conhecidos pelos profissionais assistentes do parto. É importante que já durante o acompanhamento pré-natal as mulheres sejam informadas sobre benefícios e potenciais efeitos do uso de diferentes métodos de alívio da dor do parto.

Revisão sistemática recente da biblioteca Cochrane²² classificou os métodos de alívio da dor em: (1) métodos com evidências científicas de que promovem alívio efetivo da dor: analgesia farmacológica regional ou inalatória; (2) métodos que, segundo evidências científicas atuais, podem promover alívio efetivo da dor: imersão em água, relaxamento, acupuntura, massagem e (3) métodos sem evidência suficiente de que promovam alívio efetivo da dor: hipnose, biofeedback, aromaterapia e TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation - Estimulação Nervosa Eletrônica Transcutânea). Recomenda-se que todos os métodos sejam apresentados à mulher e estejam disponíveis pois, mesmo métodos que não possuem evidência de alívio efetivo da dor do parto podem ser efetivos para uma mulher específica. Desta forma, não há sentido em coibi-los já que não apresentam efeitos adversos para a parturiente e seu bebê.

5.3.7.1 Métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto

Para muitas mulheres, o alívio da dor pode ser obtido apenas com suporte físico e emocional adequado. Ela deve se sentir segura e estar bem orientada sobre a evolução do parto. A presença de um familiar e/ou doula pode contribuir para a redução da intensidade dolorosa. As massagens corporais, banhos, deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, livre posicionamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento e outras medidas de suporte físico e emocional devem ser estimulados como alívio da dor.

- **Técnicas de relaxamento:** A dor do parto, como outras dores, é um sentimento subjetivo. Por isto, técnicas que promovam relaxamento e concentração podem funcionar para algumas mulheres como métodos efetivos de alívio. Existem diversas técnicas de respiração profunda e concentração no movimento respiratório que são praticadas por mulheres e ensinadas com este objetivo. Também técnicas da yoga podem ser extremamente importantes principalmente em mulheres que se prepararam para tal.
- **Vocalização:** A vocalização da mulher durante o trabalho de parto não é uma atitude negativa. Para muitas mulheres gemer ou repetir palavras pode ser um meio para relaxar e lidar com a dor. Rotinas ritualísticas ou repetitivas que algumas utilizam por sua própria conta podem ser efetivas. Por isto devem ser respeitadas e não devem ser interrompidas se a mulher estiver confortável dessa maneira.
- **Posições:** Se a ambiência é favorável, é comum que a mulher assuma uma variedade de posições durante o trabalho de parto, o que diminui a chance de que ela sinta necessidade de usar analgesia farmacológica²³.

- **Toques corporais e massagens:** O toque é uma forma universal de comunicação. Uma mulher em trabalho de parto pode se sentir confortável ou não com o toque manual em seu corpo, realizado por profissionais da assistência ao parto ou por seu(s) acompanhante(s).
- **Banhos de aspersão (chuveiro):** A água morna causa relaxamento muscular e, para muitas mulheres, promove alívio da dor do parto. A parturiente pode ficar em baixo do chuveiro de pé, sentada em um banco de plástico ou na bola de Bobbat.
- **Banhos de imersão:** A imersão em água durante o trabalho de parto diminui a necessidade de analgesia farmacológica e é um método efetivo para alívio da dor para muitas mulheres²⁴. A temperatura da água e da mulher devem ser monitoradas de hora em hora, para assegurar que a mulher está confortável e não está com hipertermia. A temperatura da água não deve ser superior a 37,5°C. As banheiras utilizadas deverão ser limpas de acordo com protocolo estabelecido em conjunto com serviço de controle de infecção hospitalar da unidade. No caso de banheiras específicas para parto, a limpeza deverá ser realizada de acordo com a recomendação do fabricante.
- **Acupuntura e acupressura:** A acupuntura, usada durante séculos na medicina tradicional chinesa, envolve a colocação e manipulação de agulhas muito finas em pontos específicos do corpo, o que causa um bloqueio de certos impulsos nervosos e estimula a liberação de analgésicos naturais e

19 Maria Fernanda Branco de Almeida & Ruth Guinsburg. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011; Disponível em <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimacaNeonatal-2011-24jan11.pdf>.

20 Am Fam Physician. 2003 Sep 15;68(6):1109-12. The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. Leeman L1, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S, 21 Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002; 186 (sSuppl 5):S160-172

22 Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.

23 Simkin PP, O'Hara MM. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol 2002; 186 (Suppl 5): S131-59
24 Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. AJOG 2008 445-454.

endorfinas, diminuindo a dor do parto e também diminuindo a necessidade de utilização de métodos farmacológicos para alívio da dor. A acupressão não usa agulhas e sim a aplicação de pressão sobre esses pontos. Como existem evidências consistentes da efetividade destes métodos, seu uso deve ser estimulado²⁵.

- **Musicoterapia:** O uso de música de acordo com a escolha da mulher pode ter efeito positivo por gerar mais conforto e relaxamento para ela.
- **TENS:** Acredita-se que o TENS estimula o corpo a produzir endorfinas, desta maneira bloqueando o sinal doloroso que é enviado ao cérebro pela medula espinhal durante as contrações. Os aparelhos de TENS portáteis foram especialmente desenhados para uso durante o trabalho de parto. Eletrodos são conectados na região lombar e a própria mulher é quem controla a intensidade da corrente elétrica, podendo variar durante e após as contrações.

5.3.7.2 Métodos farmacológicos de alívio da dor no parto

Toda gestante em trabalho de parto deve ter assegurado o acesso à analgesia farmacológica quando demandar. É importante que a equipe assistente a informe sobre os riscos e benefícios da analgesia farmacológica e suas implicações. Abaixo algumas informações que devem ser compartilhadas com as mulheres que desejarem usar métodos farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto¹:

- A analgesia farmacológica é um método efetivo para alívio da dor do parto, entretanto, não é isenta de riscos, diferentemente dos métodos não-farmacológicos, que não apresentam efeitos adversos;
- Está associada à maior duração do segundo período do trabalho de parto e aumenta a chance de parto instrumental (fórceps e vácuo-extrator);

Apesar de não haver evidências científicas suficientes sobre sua eficácia para alívio efetivo da dor do trabalho de parto, é um método seguro, sem contraindicações, podendo ser utilizado por mulheres que se interessarem pelo método.

- **Bolas de nascimento (Bobbat):** Para alívio da dor durante o trabalho de parto a gestante pode se sentar na bola em uma posição de cócoras apoiada com contração mínima sobre o períneo (como se senta em um vaso sanitário). A pessoa que a apoia é colocada em uma cadeira atrás ou de frente para a mulher enquanto ela fica livre para rolar para frente e para trás ou balançar gentilmente. Isto ajuda a parturiente porque promove um movimento rítmico, distração, relaxamento e pode melhorar as dimensões da pelve (aumentando os diâmetros), desta forma favorecendo o progresso do parto e a descida fetal.

- Tecnicamente bem realizada não aumenta a duração do primeiro período do trabalho de parto e não aumenta a chance de cesariana;
- Não causa dor nas costas em longo prazo;
- As soluções analgésicas podem conter opioides, que atravessam a placenta e podem causar dificuldade respiratória no recém-nascido quando utilizadas em altas doses;
- Após realização de analgesia farmacológica a mulher não poderá mais usar banhos de imersão ou aspersão nem usar a bola de Bobbat;
- Um acesso venoso será obtido e mantido até o fim do parto;
- Apesar de não haver qualquer recomendação para isso, o local de realização da analgesia poderá ser diferente do local onde a mulher se encontra (para maternidades

onde a analgesia não é realizada no quarto PPP). Também é possível que ela não retorne mais ao quarto PPP (se houverem complicações após a instalação da analgesia);

- A deambulação, após instalação da analgesia, poderá ser possível, porém numa área restrita e com acompanhamento, pois poderá diminuir o controle dos membros²⁶.

Cuidados específicos para mulheres com analgesia

- 1- Ao solicitar analgesia farmacológica, a parturiente deve ter um acesso venoso com infusão de fluidos previamente testado;
- 2- Durante o estabelecimento da analgesia e depois de cada dose de repique, a pressão arterial deve ser monitorada;
- 3- Se a mulher não apresentar alívio da dor após 30 minutos de estabelecimento da medicação, o médico anestesiológico

deverá ser contactado para checar posicionamento do cateter e/ou necessidade de nova dose;

- 4- O nível de bloqueio sensorial deve ser testado a cada hora;
- 5- Após a analgesia, se a mulher desejar e tiver condições para tal, estimular a deambulação e posições supinas;
- 6- Infusão venosa de ocitocina não deve ser utilizada de rotina para mulheres com analgesia farmacológica;
- 7- Após a administração de analgesia regional e depois de cada dose de repique, recomenda-se monitorização contínua dos batimentos fetais por 30 minutos.

Para melhor detalhamento sobre analgesia farmacológica ver Anexo 6.7. "Recomendações da SAMG para realização de analgesia em mulheres em trabalho de parto".

5.4 Assistência no segundo período do trabalho de parto

A conduta ideal a ser adotada no segundo período deve se basear no balanço entre a probabilidade de um

parto vaginal, que deve ser maximizada, contra os riscos maternos e perinatais, que devem ser minimizados.

5.4.1 Definições do segundo período do trabalho de parto

O segundo período do trabalho de parto, período expulsivo ou período pélvico, é dividido em duas fases:

- 1- Fase passiva do segundo período: presença de dilatação cervical completa na ausência de contrações expulsivas involuntárias (puxos maternos);

- 2- Fase ativa do segundo período: se inicia quando o polo cefálico fetal já é visível ou quando há contrações expulsivas involuntárias.

5.4.2 Duração do segundo período do trabalho de parto

O manejo seguro e eficaz do segundo período do trabalho de parto representa um desafio para as mulheres em trabalho de parto e para os profissionais da assistência obstétrica. Não existe consenso a respeito da duração máxima do segundo período,

que pode variar de acordo com a definição do seu início. Para os propósitos deste protocolo, e de acordo com outros protocolos internacionais^{1,3a}, as seguintes definições de duração para o segundo período do trabalho de parto são recomendadas:

1 Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth. NHS: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations>

3.a Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal. GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA NO SNS. MINISTÉRIO DA SAÚDE E POLÍTICA SOCIAL. Vitoria-Gasteiz 2010. Disponível em: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

26 Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smith. Position for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database System Rev. 2004; (1) CD002006.

25 Knobel Roxana. Técnicas de Acupuntura para Alívio da Dor no Trabalho de Parto: Ensaio Clínico. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [serial on the Internet]. 2002 Sep [cited 2015 Mar 19]; 24(8): 561-561. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032002000800010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032002000800010>.

1 Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth. NHS: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations>

	Fase passiva do segundo período	Fase ativa do segundo período	Duração total do segundo período
Nulíparas sem analgesia	2 horas	1 hora	3 horas
Nulíparas com analgesia	2 horas	2 horas	4 horas
Múltiparas sem analgesia	1 hora	1 hora	2 horas
Múltiparas com analgesia	2 horas	1 hora	3 horas

5.4.3 Monitorização do bem estar materno e fetal no segundo período do trabalho de parto

A avaliação do progresso do segundo período do trabalho de parto inclui: observar o comportamento materno, a eficácia do puxo e o bem estar fetal. A decisão sobre o(s) momento(s) da realização de exame de toque vaginal irá depender destes fatores e da posição e altura da apresentação. Recomenda-se, de acordo com o desejo da mulher, um exame de toque a cada hora e a cada meia hora palpação abdominal para verificar a frequência das contrações uterinas.

A ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais, neste período, deverá ser realizada a cada 5 minutos, durante e após cada contração. Se houver

suspeita de bradicardia deve-se checar o pulso materno, para diferenciar as duas frequências cardíacas. Em caso de alteração da frequência cardíaca fetal ou suspeita de alteração a cardiocotografia poderá ser de extrema utilidade, devendo ser instalada se houver persistência da bradicardia sem que haja iminência do nascimento.

A mulher deve ser hidratada, receber orientações sobre posições mais confortáveis e maneiras de aliviar a dor no período expulsivo. O suporte emocional, neste momento, é imprescindível.

5.4.4 Posições maternas para o período expulsivo

Na sociedade ocidental, a maioria das mulheres dá a luz em decúbito dorsal, semideitada ou em posição litotômica. A maioria dos tratados da especialidade recomenda posição de litotomia dorsal, por facilitar a avaliação pelo profissional de saúde e a prática de intervenções. Entretanto, as evidências atuais sugerem que as posições verticais e lateral (Sims), em comparação com as posições supina e litotômica, para o período expulsivo, estão relacionadas com redução da duração do segundo período, do número de partos operatórios, da dor intensa e de alterações da frequência cardíaca fetal²⁷.

As mulheres que adotam a posição de quatro apoios (posição inglesa ou de Gaskin) apresentam menos dor lombar e perineal pós-parto, além da percepção de um parto mais curto²⁸.

Em mulheres com analgesia regional observa-se uma redução da duração do segundo período do



Figura 4 - Posição sentada em banquinho de parto

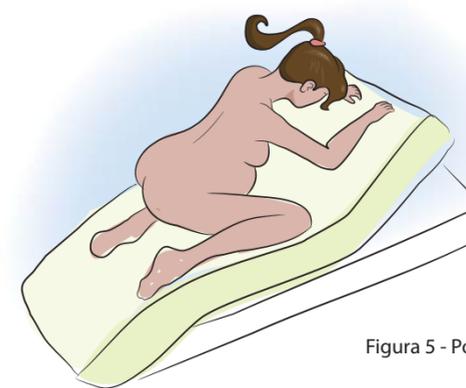


Figura 5 - Posição inglesa, de Gaskin, ou de quatro apoios

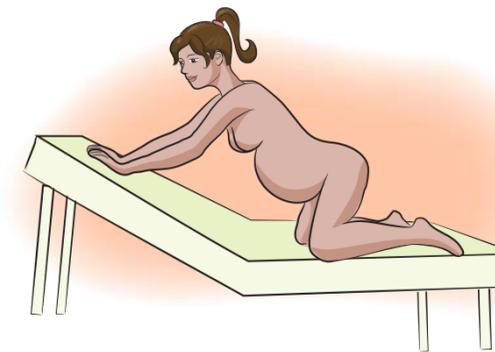


Figura 6 - Posição de Sims, francesa ou decúbito lateral esquerdo



Figura 7 - Posição de cócoras



Figura 8 - Posição semissentada em cama de parto

parto nas posições verticais (incluindo de pé, andando, ajoelhada, agachada ou sentada em mais de 60 graus em relação à horizontal) em comparação com a posição supina²⁹.

Em conclusão, recomenda-se que, durante o segundo período do trabalho de parto, as mulheres adotem a posição que lhes seja mais confortável e que os profissionais da assistência incentivem posições não litotômicas.

27 Ragnar I, Altman D, Tyden T, et al. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions - A randomised controlled trial. BJOG 2006; 113(2):65-70.
28 Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, TORvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. Acta Obstet Gynecol Scand 2005; 84(8): 794-8.

29 Verheijen EC, RAven JH, Hofmeyr GJ. Fetal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (4): CD006067

5.4.5 Manobra de Kristeller

A manobra de Kristeller é a expressão do fundo uterino durante as contrações utilizando as mãos para empurrar o feto em direção ao canal de parto durante o período expulsivo.

Seus riscos incluem: rotura uterina, lesões perineais graves, tocotraumatismo e maior hemorragia

materno-fetal, principalmente, quando executada com o antebraço ou cotovelo. Em função dos riscos conhecidamente associados ao uso desta manobra e pela ausência de benefícios com sua realização a prática da manobra de Kristeller é formalmente contraindicada³⁰.

5.4.6 Uso de antissépticos vaginais

Uma prática comum observada é a instilação de antissépticos na vagina e/ou vulva da parturiente no momento do nascimento, com o objetivo de diminuir a incidência de infecção local e complicações na cicatrização perineal. Essa prática, além de causar desconforto à mulher, que apresenta extrema sen-

sibilidade local e dor perineal no momento do nascimento, não está associada a melhores resultados maternos e neonatais: não diminui infecção, corioamnionite, endometrite e sepse neonatal³¹. Desta maneira não deve ser realizada antisepsia vaginal e/ou vulvar de rotina.

5.4.7 Uso de ocitocina no segundo período do trabalho de parto

O uso de ocitocina artificial no segundo período do trabalho de parto deve seguir os mesmos princípios das recomendações para seu uso no primeiro período do trabalho de parto. Recomenda-se seu uso apenas quando houver parada de progressão no segundo período (veja item 5.9.3. "Parada de pro-

gressão no segundo período do trabalho de parto"), associada à hipodinamia uterina. Este diagnóstico deverá ser feito por médico obstetra após avaliação criteriosa da parturiente, já que o uso indiscriminado de ocitocina associa-se a maior risco de hipóxia fetal no período expulsivo¹⁶.

5.4.8 Episiotomia

Introduzida na prática clínica no século XVIII, a episiotomia tem sido amplamente utilizada durante o parto, apesar da ausência de evidências científicas sobre seus benefícios, sendo portanto um procedimento bastante controverso. A justificativa visava à redução do risco de lacerações perineais, disfunção do assoalho pélvico e incontinência urinária e fecal. Pensava-se que os benefícios potenciais para o feto eram devidos a um encurtamento do período expulsivo, o que facilitava um maior número de partos espontâneos.

Entretanto, além de não ter benefícios, a episiotomia ainda tem efeitos adversos potenciais, incluindo extensão para lacerações de terceiro e quarto graus, disfunção do esfíncter anal e dispareunia. Por isto, não é recomendada

a realização de episiotomia de rotina. Esta deve ser realizada em casos seletivos, como na suspeita de alteração do bem estar fetal ou para o parto instrumental^{32,33}.

Quando indicada a realização de episiotomia, é indispensável que a mulher seja informada sobre o procedimento e esteja com analgesia efetiva. A técnica recomendada é a de episiotomia mediolateral começando na comissura posterior dos lábios menores e orientando-a habitualmente para o lado direito. O ângulo com relação ao eixo vertical deverá ficar entre 45 e 60 graus.

Mesmo para mulheres que tiveram lacerações de terceiro e quarto graus prévias, a episiotomia não deve ser realizada de rotina¹.

5.4.9 Intervenções para reduzir o trauma perineal

O interesse por estratégias capazes de diminuir o risco de trauma perineal durante o parto tem crescido, já que as evidências recomendam episiotomia restritiva e persiste a controvérsia sobre a melhor maneira de proteger o períneo durante o nascimento³⁴. Existem diversas técnicas propostas para proteção perineal,

incluindo massagem perineal intraparto, técnica de flexão, manobra de Ritgen, uso de compressas mornas e práticas hands on (posicionamento das mãos de modo a controlar a deflexão da cabeça fetal) e hands off (mãos do assistente são mantidas preparadas mas sem tocar na cabeça fetal e no períneo).



Figura 9 - Manobra de Ritgen: Pressão moderada e compressão no períneo posterior (mento fetal) e controle da deflexão da cabeça com mão oposta.

Sumariamente e considerando as limitações das evidências atuais, recomenda-se que:

- 1- A técnica de flexão e a manobra de Ritgen não devem ser usadas porque agem contra o mecanismo normal do trabalho de parto³⁵;
- 2- A massagem perineal não deve ser realizada por profissionais de saúde no segundo período do trabalho de parto, por não apresentar evidência de que é efe-

tiva, além de causar desconforto para a parturiente^{36,37};

- 3- A aplicação de compressas mornas é recomendada durante o segundo período do trabalho de parto, se for desejo da mulher, pois reduz o risco de lacerações de terceiro e quarto graus e a dor nos três primeiros dias após o parto;
- 4- Ambas as técnicas hands on ou hands off podem ser empregadas¹.

1 Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth. NHS: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations>

16 Brown HC, Paranjothy S, Dowsell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 9. Art. No.: CD004907. DOI: 10.1002/14651858.CD004907.pub3

30 Cochrane Database Syst Rev. 2014 Sep 14;9:CD004070. doi: 10.1002/14651858.CD004070.pub3. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV). Lumbiganon P1, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Tolosa JE.

31 Amorim MMR, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*; 36 (1):47-54, jan. 2008.

32 Carroll G1, Mignini. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jan 21;(1):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.

33 Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *FEMINA*. Novembro 2010. vol 38 nº 11 587.

1 Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth. NHS: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations>

34 Myrfield K1, Brook C, Creedy D. Reducing perineal trauma: implications of flexion and extension of the fetal head during birth. *Midwifery*. 1997 Dec;13(4):197-201.

35 Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 322(7297):1227-80.

36 World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Ginebra 1996;[Citado: 12 feb 2008]. Disponível em: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/archived_publications/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf

37 Brancato RM, Church S, Stone PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 37(1):4-12.

5.4.10 Manipulação do períneo no período expulsivo

Uma prática comum é a realização, pelo profissional assistente, de massagem e distensão do períneo com os dedos durante o período expulsivo, com a intenção de auxiliar nos puxos. Entretanto, não existe evidência de que esta prática melhore os resultados

5.4.11 Puxos maternos dirigidos

Dirigir os puxos maternos durante o segundo período do trabalho de parto constitui uma prática obstétrica controversa. De fato, os benefícios do puxo dirigido são cada vez mais debatidos, mesmo que o amplo uso da analgesia neuroaxial faça com que seja necessário dirigir o puxo em muitas vezes, já que a mulher pode perder o puxo voluntário após o uso da analgesia.

A evidência atual mostra que puxos não dirigidos aumentam a segurança e a efetividade dos partos vaginais, reduzem os partos instrumentais e o tempo de puxo³⁶. Desta maneira, recomenda-se o respeito ao puxo espontâneo da mulher. Na ausência de sensação de puxo (que acontece principalmente em mulheres com analgesia neuroaxial) a orientação dirigida só deverá ser feita após concluída a fase passiva do segundo período do trabalho de parto.

Manobra de Valsalva

A manobra de Valsalva para coordenação de puxos maternos consiste em orientar a mulher em inspirar profundamente e depois fechar a boca (e, conseqüentemente, sua glote), prender a respiração e empurrar o bebê para baixo durante cerca de 6 segundos, nas contrações. Manter a glote fechada durante os puxos pode reduzir a oxigenação sanguínea e conseqüentemente, aumentar o risco de hipóxia fetal. Para melhorar o bem estar fetal no

perinatais ou diminua o tempo do período expulsivo, além de ser um procedimento incômodo e desconfortável para a mulher. Recomenda-se que não seja feita manipulação do períneo no período expulsivo^{36,37}.

período expulsivo recomenda-se que, associados aos puxos espontâneos, a mulher seja orientada a manter a glote aberta: (boca aberta com mandíbula relaxada) e não prender a respiração^{39,40,41}. Com a glote aberta durante os puxos, a mulher poderá emitir sons, como gritos ou gemidos. Esta expressão é considerada fisiológica e não deve ser reprimida pelos profissionais da assistência.

Atenção suportiva aos puxos maternos

Durante os puxos, a mulher deve ser encorajada a perceber seu corpo e o movimento de saída de seu bebê. A parturiente precisa de uma atitude encorajadora e de apoio, se ela se sentir inibida ou amedrontada, a fase ativa do período expulsivo poderá se prolongar.

O assistente do parto deve incentivar a mulher durante o momento dos puxos. É importante dizer a ela que cada puxo representa progressão do bebê no canal do parto e informá-la quando o períneo já estiver abaulado e quando já for possível a visualização da cabeça do bebê. Se ela desejar, poderá visualizar a cabeça do bebê com um espelho e também tocá-la. Estas simples medidas irão auxiliá-la nos puxos e diminuir o tempo da fase ativa do período expulsivo, além de melhorar a satisfação da mulher com o processo do nascimento.

5.4.12 Extração ativa dos ombros

Prática comum na assistência ao nascimento é a tração fetal após desprendimento cefálico, na tentativa de “auxiliar” o nascimento dos ombros. Não existem evidências de que esta manobra ou outras manobras diminuam a incidência de distócia de ombro nem melhore os resultados perinatais, além de ser desconfortável para a mulher e aumentar a chance de lacerações perineais. Desta maneira,

não é recomendada a extração ativa dos ombros pelo profissional assistente do período expulsivo. Após o nascimento da cabeça, deve-se aguardar o nascimento espontâneo dos ombros e restante do corpo fetal, exceto em situações nas quais ocorra distócia de ombro, quando o profissional deverá seguir as manobras recomendadas para tal.

5.5 Assistência no terceiro período do trabalho de parto

O terceiro período do trabalho de parto é o período compreendido entre o nascimento do bebê e a saída completa da placenta, cordão e membranas.

Existem duas abordagens para a assistência no terceiro período do trabalho de parto: manejo passivo e manejo ativo. O manejo passivo (ou fisiológico) consiste em aguardar a dequitação espontânea. O manejo ativo compreende três ações: uso de ocitocina (10 unidades intramuscular administrada após desprendimento biacromial), clameamento do cordão umbilical entre 1 e 5 minutos e tração controlada do cordão. Estas condutas estão associadas com menor duração do terceiro período e redução do risco de hemorragia materna¹.

Esta diretriz recomenda manejo ativo no terceiro estágio do trabalho de parto, já que se associa a melhores resultados perinatais. Entretanto, se a mulher informar que deseja que o terceiro período seja

conduzido de forma passiva, deve-se respeitar sua escolha. A palpação e massagem uterina de rotina também devem ser evitadas, pois, além de serem desconfortáveis para a maioria das mulheres, não se associam a redução de riscos de complicações no terceiro período.

Durante o terceiro período a parturiente deve ser observada em sua condição física, coloração, respiração e perda sanguínea. Ela deverá receber sugestões para mudança de posição caso esteja desconfortável neste momento (se teve o parto em posição verticalizada poderá desejar deitar-se). Deverá ser coberta e aquecida, juntamente com o recém-nascido, que, se nasceu em boas condições deverá, neste momento, estar em contato pele-a-pele com sua mãe.

É considerado normal que o terceiro período dure 30 minutos em caso de manejo ativo e 60 minutos em caso de manejo passivo¹.

5.6 Assistência no quarto período do trabalho de parto

O quarto período do trabalho de parto inicia-se após a saída completa da placenta e membranas. É um período muito importante de observação clínica, pois podem acontecer complicações hemorrágicas importantes, mesmo em partos fisiológicos.

Após a dequitação, deve-se realizar exame macroscópico da placenta, cordão e membranas, com registro dos dados observados. Deve-se oferecer à mulher a possibilidade de ver sua placenta ou levá-la para casa, se for este o seu desejo. Entretanto, nos casos nos quais existe indicação para avaliação histológica da placenta (suspeita ou diagnóstico de

infecção congênita, suspeita ou diagnóstico de corioamnionite, qualquer evento adverso intraparto como febre materna, hemorragia intraparto, estado fetal não tranquilizador, baixo Apgar ao nascimento, prematuridade a placenta deve ser adequadamente armazenada para envio ao laboratório de anatomia patológica, após consentimento da parturiente.

Com a mulher em posição confortável e boa exposição da vulva e da vagina (deve-se ter boa iluminação disponível e a mulher pode ser posicionada em posição de litotomia, com o auxílio de pernas, caso o exame não seja possível fora desta posição),

36 World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood division of reproductive health. Care in Normal Birth: a practical guide. Report of a Technical Working Group. Ginebra 1996;[Citado: 12 feb 2008]. Disponível em: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/archived_publications/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf

37 Brancato RM, Church S, Stone PW. A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2007; 37(1):4-12.

38 Murray SS, McKinney ES. Nursing care during labor and birth and intrapartum fetal surveillance. In: Foundations of maternal-Newborn Nursing. 4th Ed. St. Louis., MO: Saunders; 2006, pp.266-334.

39 Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being. Nurs Res. 2005; 54(3):149-157

40 Yao-Hua, Wang, RN, Liu, Shu-Hui,. Effectiveness of different pushing methods during the second stage of labor: A systematic review. Executive summary . Disponível em: <http://son.web.ym.edu.tw/front/bin/download.phtml?Part=100SYS&Nbr=451&Category=131>.

41 Athukorala C, Middleton P, Crowther CA. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD005543. DOI: 10.1002/14651858.CD005543.pub2.

1 Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth. NHS: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations>

o profissional assistente do parto deverá proceder à revisão do canal de parto (vagina e genitália externa). Ele deve explicar à mulher detalhadamente o que planeja realizar e porque esta revisão é necessária. Ela deve entender que pode receber anestésicos tópicos ou sistêmicos para este exame e que é importante que ela se sinta confortável e sem dor para que o profissional tenha bom acesso às estruturas que precisam ser examinadas.

A cavidade uterina não deve ser explorada de rotina. Isto significa que, se o útero estiver contraído, o sangramento vaginal for de pequena quantidade e o exame da placenta e membranas sugerir que não há retenção de tecidos intra cavitários, não se deve pinçar o lábio cervical nem inserir instrumentos na cavidade uterina.

Após exame do canal de parto, o profissional deverá documentar o grau de laceração perineal, segundo classificação abaixo:

- Primeiro grau: lesão apenas na pele;
- Segundo grau: lesão da pele e musculatura perineal;
- Terceiro grau: lesão do períneo envolvendo o esfíncter anal;

5.7 Assistência ao recém-nascido

A maioria dos bebês nasce em boas condições e não requer nenhum procedimento de reanimação. Os cuidados imediatos visam a prevenção da perda de calor, incentivo ao vínculo mãe e filho e aleitamento materno.

O recém-nascido deve ser recebido em ambiente acolhedor, com temperatura de 26°C, numa sala com poucos estímulos sonoros e pouca luminosidade. Deve-se evitar movimentos bruscos com o bebê, que ao nascer deve ser entregue delicadamente à sua mãe (ou recebido diretamente por ela), e só então coberto por campos aquecidos e secos. As primeiras horas de vida são consideradas críticas para o sucesso da vinculação entre mãe e bebê. Os primeiros 60 minutos são chamados de período sensível do bebê: é o período em que ele está alerta e faz contato visual. Por isto, ao nascer o bebê deve permanecer em contato pele a pele efetivo sobre o tórax/abdome materno, isto é, a mãe e o bebê sem roupas ou tecidos entre o corpo dos dois. Esta simples ação estimula o vínculo mãe e filho e o aleitamento materno, favorece a estabilidade térmica e cardiorrespiratória do recém-nascido, deixa o bebê mais calmo, além de dar a satisfação de sentir a pele e o cheiro um do outro logo após o parto. Profissionais

- Quarto grau: lesão do períneo envolvendo o esfíncter e o epitélio anal.

Após exame local, o profissional deverá explicar à mulher qual tipo de laceração ela teve (se for o caso) e como será feito o reparo. Depois, também deverá orientar sobre analgesia e cuidados locais.

O reparo da lesão perineal (episiotomia ou laceração) poderá ser feito sob anestesia local ou neuroaxial. Se a paciente estiver com catéter em espaço peridural, deve-se preferencialmente utilizar esta via para inserção de anestésicos, já que é mais efetivo e confortável do que a injeção local perineal. Lacerações de primeiro grau não deverão ser suturadas se não houver sangramento e se as bordas estiverem bem próximas naturalmente sem sutura.

O quarto período é um período importante de observação e vigilância das condições da mulher. É essencial que sejam avaliados e registrados, de 30 em 30 minutos nas primeiras duas horas após o parto, os seguintes parâmetros: mucosas, pressão arterial, temperatura, pulso, tônus uterino e sangramento vaginal. É muito importante, também, observar as condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e nascimento, e oferecer suporte a ela e seu(s) acompanhante(s) / familiar(es).

devem ter uma visão ampliada e perceber a individualidade de cada mulher neste momento, respeitando-a no seu tempo e desejo. Fluxos e rotinas nas instituições devem ser revistos visando garantir esta primeira hora que é momento único da mãe/família/bebê.

Muitos procedimentos realizados rotineiramente com os bebês nas maternidades não são necessários e outros são realizados de maneira inadequada. Seguem-se as recomendações:

- **Aspiração de vias aéreas:** Não deve ser realizada de rotina, apenas em casos selecionados, quando há obstrução de vias aéreas pela secreção nasal e oral;
- **Ligadura do cordão umbilical:** O momento ideal para clameamento do cordão umbilical após o nascimento tem sido assunto controverso. Sabe-se que o clameamento tardio se associa com maiores reservas de ferro para o recém-nascido, entretanto, existe um pequeno aumento na incidência de icterícia. Considerando revi-

são recente da literatura e a portaria 371 do MS - Diretrizes para a atenção ao recém-nascido (ver link na página 3: Portaria 371 do Ministério da Saúde - Diretrizes para a atenção ao recém-nascido), este protocolo recomenda que o clameamento do cordão umbilical seja realizado em tempo oportuno, ou seja, entre 60 segundos e 3 minutos após o nascimento. A laqueadura do cordão deverá ser imediata apenas nas gestantes HIV, HTLV e HBsAg positivas com o objetivo de reduzir a transmissão vertical e nas isoimunizadas pelo fator Rh com o objetivo de reduzir a passagem de anticorpos anti-Rh da classe IgG. É importante, neste momento, incentivar a participação do acompanhante, oferecendo que ele corte o cordão umbilical;

- **Realização de procedimentos com o recém-nascido:** Passada a primeira hora de vida, o bebê será, então, recepcionado pela equipe técnica de enfermagem, para realização dos procedimentos de rotina, a saber:
 - Injeção de vitamina K para profilaxia de doença hemorrágica do recém-nascido: Apesar de que a via oral em três doses também ter efetividade clínica, por questões práticas de organização do serviço e assistência no município, a via intramuscular é a recomendada;
 - Aplicação de colírio de antibiótico. Recomenda-se o uso de iodopovidona ou eritromicina, já que o nitrato de prata tem proteção incompleta para clamídia, o principal agente da oftalmia neonatal. O vitelinato de prata (Argirol), embora utilizado amplamente em nosso meio, também não é indicado. Apesar de a aplicação do colírio de antibiótico ser um procedimento obrigatório (inclusive regulamentado pelo decreto-lei 9713, de 1977), sabe-se que não é isento de riscos para o recém-nascido, já que o produto utilizado pode causar conjuntivite química nos neonatos (mais comumente quando é utilizado o nitrato de prata quando comparado com a eritromicina). Por isto, caso a família recuse este procedimento deve-se anexar, ao prontuário, um termo de recusa de tratamento, assinado pela paciente e/ou

pelo pai do bebê. (Ver anexo 6.6.: Recomendações para profilaxia da conjuntivite neonatal em Belo Horizonte);

- **Banho:** O primeiro banho do RN deve ser postergado ao máximo: o intervalo mínimo entre o nascimento e o primeiro banho deve ser de 6 horas para prevenir a perda de calor. Deve-se incentivar que o primeiro banho seja dado pela mãe ou outro familiar de sua escolha;
- **Limpeza do recém-nascido:** A limpeza da pele do RN com óleos e loções é contra-indicada, pois retira a proteção natural da pele, aumentando a chance de infecções de pele. Uma exceção são os filhos de mães HIV e HbsAg positivas.
- **Medidas antropométricas:** peso, altura, perímetro cefálico e abdominal deverão ser realizadas apenas após a primeira hora de vida, no mesmo ambiente em que esteja a mãe do recém-nascido;
- **Amamentação na primeira hora de vida:** Assim que ocorre o nascimento os profissionais de saúde presentes devem estimular o aleitamento ainda na primeira hora, respeitadas as contraindicações (infecção pelo HIV e uso de quimioterápicos). Médicos e enfermeiros devem evitar quaisquer procedimentos que interfiram e dificultem o aleitamento na primeira hora de vida do recém-nascido;
- **Alojamento conjunto:** Desde o nascimento, o bebê saudável deve permanecer as 24 horas do dia ao lado de sua mãe. A formação de laços afetivos é uma necessidade humana vital. Esses laços propiciam a base para o desenvolvimento psicológico e social do indivíduo. Desde o nascimento o bebê depende do adulto para sua sobrevivência. Os laços formados tornam-se a maneira pela qual a criança e o jovem alcançam um único e específico senso de si mesmo, adquirindo assim um sentimento de segurança necessário para progressivamente tornar-se mais autônomo e independente. Aumenta a auto-estima e confiança da mãe e o desenvolvimento de suas habilidades; propicia a identidade dos pais como pais e o seu conhecimento com relação à criança; tranquiliza os pais para a alta da maternidade;

- Reanimação neonatal: A necessidade de reanimação neonatal depende da avaliação rápida de quatro sinais referentes à vitalidade do concepto. Segundo o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria²⁰, o profissional que irá assistir o bebê imediatamente após o nascimento deverá ter em mente respostas para quatro perguntas:

- Trata-se de uma gestação a termo?
- Ausência de mecônio?
- O bebê nasceu respirando ou chorando?

5.8 Assistência no puerpério

O cuidado no puerpério deve auxiliar mulheres e seus parceiros durante a transição inicial para a maternidade e a paternidade. Este período é de crucial importância na formação do vínculo familiar com o bebê. A mãe deve ser estimulada a fazer contato pele a pele com o RN e amamentá-lo sob livre demanda. O ambiente deve ser tranquilo e acolhedor, de modo a favorecer essa interação.

A avaliação rotineira durante a internação permite detectar e intervir oportunamente quando ocorrerem desvios dos limites fisiológicos do puerpério. Diariamente deve-se verificar: queixas da mulher, presença de dor, checar pulso, temperatura, pressão arterial, condição das mucosas, aparelho digestivo e urinário, eliminações,

- Tem bom tônus muscular ou está em flexão?

Se a resposta é sim a todas as perguntas, considera-se que o recém-nascido tem boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação. Deve ser colocado no colo da mãe e, neste local e posição, deverá ser avaliado pelo profissional de assistência neonatal, que irá registrar o índice de Apgar no primeiro e quinto minuto de vida. Caso o bebê necessite de reanimação neonatal, esta deverá ser prontamente realizada por profissional capacitado, de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria²⁰ (Portaria 371 do MS - Diretrizes para a atenção ao recém-nascido - Veja link na página 3).

involução uterina, características dos lóquios (cor, cheiro e quantidade), períneo e estado das mamas (consistência, integridade dos mamilos, sinais de apojadura).

O estado emocional deve ser avaliado observando-se a aceitação da maternidade e a integração entre mãe, pai e bebê, à procura de sinais que possam sinalizar comprometimento emocional que aumente o risco de depressão pós-parto. Se necessário, avaliação e acompanhamento deve ser realizado por profissionais do serviço psicossocial da instituição.

O aconselhamento da puérpera deve acontecer de acordo com suas condições físicas e psicológicas e abranger aspectos como nutrição, higiene, cuidados com o RN, aleitamento materno e planejamento familiar.

5.9 Assistência às anormalidades do trabalho de parto e nascimento

Apesar de não ser objetivo deste documento as condutas diante de intercorrências durante o parto,

algumas situações foram selecionadas com recomendações para o acompanhamento.

5.9.1 Parada de progressão no primeiro período do trabalho de parto

O atraso no primeiro período do trabalho de parto tem inúmeras definições e não há consenso na literatura. Sua duração sofre influência de fatores como paridade, prática assistencial, aspectos emocionais e local do parto. O progresso da dilatação e a descida da apresentação não são funções lineares podendo estar influenciados por vários fatores, tais como: variedade de posição, deflexão da cabeça fe-

tal, grau de proporção feto-pélvica, paridade, posição materna e estado das membranas.

Mesmo que a duração do parto não deva constituir um fator-chave de preocupação por si só, seu prolongamento para além dos limites normais poderia ser a primeira manifestação da existência de algum problema. A progressão da dilatação tem maior relevância do que a duração total do período

de dilatação, já que nos permite identificar e tratar precocemente o transtorno. Mesmo que os fatores etiológicos que podem levar a um atraso do primeiro período do parto sejam variados, atividade uterina insuficiente constitui a causa mais comum e corrigível de progressão anormal de trabalho.

Quando, numa mulher em fase ativa do trabalho de parto, a progressão da dilatação cervical for inferior a 2 cm em 4 horas deve-se suspeitar de atraso no primeiro período do trabalho de parto¹. Apesar de ser consenso universal que o trabalho de parto tende a ser mais rápido em múltiparas quando comparadas com nulíparas, o mesmo critério deve ser aplicado para identificação de atraso no primeiro período de trabalho de parto em ambos os grupos.

Para estas mulheres deve-se oferecer suporte emocional, hidratação, um método efetivo para controle da dor e estimular movimentação. O medo é um componente potencialmente bloqueador do parto. Por isto a equipe deve estar preparada para a abordagem adequada à mulher com suspeita de atraso no trabalho de parto, de forma que ela se sinta à vontade para expressar suas necessidades e medos^{1,3a}.

Se as membranas estiverem intactas, a amniotomia deve ser considerada, após orientação, para a mulher, de que o procedimento poderá encurtar seu trabalho de parto e aumentar a força e intensidade das contrações, e desta maneira, aumentar também sua dor.

5.9.2 Estado fetal não tranquilizador

Quando a frequência cardíaca fetal é considerada anormal durante a ausculta intermitente, o manejo imediato deve incluir:

- 1- Instalação de cardiocografia (CTG) (Ver anexo 6.3. "Recomendações para interpretação do taçado da Cardiotocografia");
- 2- Considerar outros dados como idade gestacional, período do trabalho de parto, progressão do trabalho de parto, CTG prévia;
- 3- Identificar quaisquer causas de anormalidade reversíveis (como hipotensão materna, compressão sustentada de cordão umbilical, febre materna, hipertonia uterina) e iniciar ação apropriada, como reposiciona-

Duas horas após a suspeita de atraso no primeiro período e realização das medidas acima, deve-se realizar novo exame de toque vaginal: se o progresso da dilatação for de menos de 1 cm, estabelece-se o diagnóstico de parada da dilatação e recomenda-se estimulação com ocitocina artificial. Antes do início da ocitocina por via venosa, a mulher deve ser consultada e autorizar o procedimento. Ela deve ser informada que poderá receber analgesia farmacológica antes mesmo do início da medicação e que o uso de ocitocina artificial aumenta a chance de complicações no nascimento (estados fetais não tranquilizadores, parto assistido e cesariana)^{1,3a}.

Durante o uso de ocitocina venosa, está indicado monitoramento fetal contínuo através da cardiotocografia. A velocidade de infusão deverá ser aumentada lentamente, a cada 30 minutos, até que se atinja 4 a 5 contrações em 10 minutos^{1,3a}. A infusão deve se iniciar em baixas doses (1 a 2 mUI/minuto) sendo que a dose máxima não deve ultrapassar 40 mUI/minuto).

Após 4 horas do início da ocitocina artificial, novo exame de toque deverá ser realizado e, caso a progressão da dilatação seja menor que 2 cm, deve-se pensar na possibilidade de parada primária de progressão e necessidade de cesariana. Se a dilatação cervical aumentar 2 cm ou mais após 4 horas de início da ocitocina, recomenda-se que seja mantido o acompanhamento do trabalho de parto com novo exame cervical em 4 horas^{1,3a}.

mento materno (tentar posições mais verticalizadas), correção de hipotensão materna ou tocólise (realizada através da infusão subcutânea de 0,25 mg terbutalina. Na ausência desta, realizar infusão subcutânea de 0,25 mg de salbutamol = ½ ampola);

- 4- Se a paciente estiver recebendo ocitocina endovenosa, a continuação da mesma dependerá da decisão médica após avaliação apurada do estado fetal:

- Se a CTG for normal, a ocitocina pode ser continuada até que se alcance 4 ou 5 contrações em 10 minutos ou a dose máxima de 40 mUI/minuto. A ocitocina deverá ser reduzida se mais

1 Intrapartum Care: Care of health women and their babies during childbirth. NHS: National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-Recommendations>
3.a. Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal. GUIAS DE PRÁTICA CLÍNICA NO SNS. MINISTÉRIO DA SAÚDE E POLÍTICA SOCIAL/Vitoria-Gasteiz 2010. Disponível em: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

20 Am Fam Physician. 2003 Sep 15;68(6):1109-12. The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. Leeman L1, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S.

- que 5 contrações em 10 minutos;
- Se a CTG for suspeita, a decisão sobre manutenção da ocitocina deverá considerar outros fatores clínicos maternos e fetais e o período do trabalho de parto;
- Se a CTG for patológica a infusão venosa de ocitocina deverá ser suspensa.

Em caso de frequência cardíaca fetal anormal persistente, a conduta deverá ser tocólise (quando indicada) e parto imediato, podendo ser parto vaginal ope-

5.9.3 Parada de progressão no segundo período do trabalho de parto

Quando há suspeita de atraso no segundo período do trabalho de parto a equipe de cuidadores deve observar se a mulher está excessivamente cansada. Ela deve receber apoio e encorajamento, sugestão de medidas que facilitem a progressão, como mudança de posição, assim como oferta de analgesia (farmacológica e/ou não farmacológica) e amniotomia. Caso a parada de progressão não se resolva, a necessidade

5.9.4 Parto vaginal operatório

O parto vaginal operatório é indicado quando há sinais de estado fetal não tranquilizador ou como tratamento para um segundo período prolongado. Em raras ocasiões, também pode ser realizado em caso de exaustão materna, sob solicitação da mulher.

A escolha do instrumento (fórceps ou vácuo-ex-

5.9.5 Complicações do terceiro período do trabalho de parto

As principais complicações no terceiro período do trabalho de parto são retenção placentária e hemorragia.

Retenção placentária

Se após realização de manejo ativo no terceiro período, em 30 minutos não ocorrer a dequitação espontânea, a primeira conduta a ser tomada é obter acesso venoso calibroso na parturiente. A próxima conduta recomendada é injeção de 20 unidades de ocitocina em 20 ml de solução salina na veia

ratório (quando possível) ou cesariana de emergência.

Administração materna de oxigênio inalatório

A administração de oxigênio à parturiente é comumente realizada no intuito de melhorar a oxigenação fetal em casos de bradicardia fetal ou profilaticamente no segundo período do trabalho de parto. Entretanto, não há evidências científicas que sustentem esta prática, comprovando melhora do estado fetal. Portanto, não está recomendado uso de oxigênio inalatório em caso de alterações de estado fetal não tranquilizador⁴².

de infusão de ocitocina deve ser avaliada.

É esperado que o parto aconteça até 2 horas após o início da fase ativa do período expulsivo em nulíparas e 1 hora em múltiparas. Caso o parto não seja iminente após este tempo, ou existam sinais de comprometimento da vitalidade fetal, deve-se considerar parto vaginal operatório.

trator) dependerá do balanço entre a indicação clínica e a experiência do obstetra.

Analgesia efetiva deverá ser realizada antes da aplicação do instrumento. No caso de parto operatório de urgência por suspeita de comprometimento fetal, caso não haja tempo hábil para analgesia regional, recomenda-se uso de bloqueio de pudendo.

umbilical. Se após 30 minutos desta conduta ainda não tiver ocorrido a dequitação, a mulher deverá ser orientada sobre a necessidade de remoção manual da placenta. É preciso comunicar que o procedimento é doloroso e que pode receber analgesia neuroaxial ou mesmo anestesia geral, para o procedimento. Durante o mesmo, caso ela ainda queixe dor, o procedimento poderá ser interrompido e a analgesia reforçada.

Se a paciente estiver em ambiente de suíte de parto/ PPP, deverá ser encaminhada para uma sala

no bloco cirúrgico e colocada em posição de litotomia após receber analgesia/anestesia. Então está recomendada a extração manual da placenta seguida de curetagem uterina e infusão de uterotônicos, se necessário.

Hemorragia

Fatores de risco para hemorragia pós-parto:

- Retenção placentária prévia ou hemorragia pós parto prévia;
- Hemoglobina materna menor que 8,5g/dl;
- IMC > 35 kg/m²;
- Multiparidade (paridade maior que 4);
- Hemorragia anteparto;
- Hiperdistensão uterina (polidrâmnios, macrosomia, gemelaridade);
- Placenta de implantação baixa;
- Idade materna acima de 35 anos;
- Trabalho de parto induzido;
- Prolongamento do primeiro, segundo ou terceiro período do trabalho de parto;
- Uso de ocitocina artificial;
- Parto precipitado;
- Parto vaginal operatório.

O tratamento imediato para hemorragia pós-parto inclui:

- Pedir ajuda: o(s) profissional (is) do cuidado à parturiente deverá(ão) solicitar a presença de outro(s) profissional(s) para iniciar rapidamente a assistência emergencial à hemorragia;
- Massagem uterina;
- Infusão intravenosa de fluidos;
- Uso de uterotônicos: ocitocina, ergometrina e misoprostol, de acordo com fluxograma.

Maior detalhamento sobre o tratamento de hemorragia pós parto pode ser obtido em protocolo municipal específico.

42 Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD000136. Maternal oxygen administration for fetal distress.Fawole B1, Hofmeyr GJ.

6 Anexos

6.1 Partograma Recomendado pela PBH



PARTOGRAMA



Nome:	G <u> </u> P <u> </u> A <u> </u>	Idade: <u> </u>
Grupo Sanguíneo:	Idade Gestacional: <u> </u> sem <u> </u> dias	
Acompanhante:	Bebê:	

Dilatação cervical	PLANOS															
	I				II				III				IV			
10																
9																
8																
7																
6																
5																
4																
3																
2																
1																
0																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
	Horas de trabalho de parto															
Hora real																
Apagamento Cervical (%)																
No. contrações (em 10 min.)																
Duração (em seg.)																
FCF (em relação às contr. uterinas)	Antes															
	Durante															
	Depois															
Membrana (I/R)																
Mecônio (N/+/++/+++)																
Observação																
Examinador (letra de forma legível)																

Inserir a linha de alerta a partir do canto inferior direito da 1ª verificação da dilatação cervical (na fase ativa do trabalho de parto) e a linha de ação, a partir de 04 quadrados à direita, ligando as diagonais dos quadrados, com inclinação ascendente para a direita.

6.2 Orientações sobre preenchimento do partograma

O partograma é feito numa folha de papel quadriculado, onde na abscissa (linha horizontal) coloca-se o tempo em horas e, na ordenada (linha vertical) à esquerda, a dilatação vertical e na ordenada à direita, a descida da apresentação.

- a) Cada coluna equivale a uma hora e cada linha a um centímetro de dilatação cervical e de descida da apresentação;
- b) Deve-se começar a marcar o valor da dilatação cervical à esquerda na primeira coluna no momento em que as contrações uterinas são efetivas (trabalho de parto ativo);
- c) Por convenção marca-se a dilatação cervical com um triângulo e a apresentação e respectivo desenho da variedade de posição numa circunferência na mesma coluna de acordo com altura da apresentação;
- d) Inserir a linha de alerta a partir do canto inferior direito da 1ª. Verificação da dilatação cervical (na fase ativa do trabalho de parto) e a linha de ação, a partir de 04 quadrados à direita, ligando as diagonais dos quadrados, com inclinação ascendente para a direita;
- e) A cada exame de toque vaginal (frequência de realização de acordo com a necessidade diante da progressão do trabalho de parto) avalia-se dilatação cervical, altura da apresentação, variedade de posição, apagamento do colo, atividade uterina, bolsa das águas, presença ou não de mecônio, FCF, presença ou não de desacelerações intra parto. Também deve-se preencher a hora em que foi realizado cada exame no quadrado da hora real;
- f) Cada coluna representa uma hora, se o próximo exame é realizado após duas horas, a segunda coluna à direita é que deverá ser preenchida, deixando em branco a primeira coluna;
- g) Em partos de evolução normal a curva de dilatação cervical se processa à esquerda da linha de alerta;
- h) Na continuação da mesma coluna no quadro abaixo, há espaços para o preenchimento das seguintes variáveis: hora real do exame; apagamento do colo uterino em percentagem; número de contrações em 10 minutos, durações das contrações (segundos); frequência cardíaca fetal (antes, durante e após as contrações, detectando-se, portanto, a existência ou não de desacelerações da frequência cardíaca fetal intra parto (DIP ausente, DIP I - precoce, DIP II-tardia ou DIP III - variável); estado das bolsas (íntegras ou rotas); mecônio (não, +, ++ ou +++); local para escrever alguma observação, se necessária, e por último local para identificação do examinador.

6.3 Recomendações para interpretação do traçado da Cardiotocografia

As definições e classificações recomendadas para o traçado cardiotocográfico produzido durante monitorização fetal contínua intra-parto são mostradas nas tabelas ao lado:

Variável	Linha de Base (bpm)	Variabilidade (bpm)	Desacelerações
Tranquilizadora	100-160	≥5	Ausentes
Não tranquilizadora	161-180	< 5 por 30-90 min	DESACELERAÇÕES VARIÁVEIS com queda da linha de base de até 60 bpm durando até 60 seg para recuperar, em mais de 50% das contrações, ocorrendo por mais de 90 minutos.
			OU DESACELERAÇÕES VARIÁVEIS com queda da linha de base de mais que 60 bpm ou com recuperação em tempo maior que 60 seg, presentes por mais que 30 minutos, em mais de 50% das contrações. OU DESACELERAÇÕES TARDIAS presentes por mais que 30 minutos, ocorrendo em mais de 50% das contrações.
Anormal	< 100 ou > 180	< 5 por mais que 90 min	DESACELERAÇÕES VARIÁVEIS, em mais de 50% das contrações, ainda observadas 30 minutos após realização de medidas conservadoras. OU DESACELERAÇÕES TARDIAS presentes por mais que 30 minutos, ocorrendo em mais de 50% das contrações, que não melhoraram após realização de medidas conservadoras. OU Desaceleração única prolongada por mais de 3 minutos

Tabela 1- Classificação das variáveis da Cardiotocografia (CTG)

Categoria	Definição	Interpretação	Conduta
Normal	Três variáveis são tranquilizadoras	CTG normal, feto saudável	Continuar cuidado obstétrico normal. Se a CTG foi iniciada por causa de alterações na ausculta intermitente, deverá ser removida após 20 minutos de instalação se não há variável não tranquilizadora ou anormal e não há fatores de risco subjacentes.
Suspeita (com necessidade de medidas conservadoras)	Traçado em que uma variável é classificada como não tranquilizadora e as demais como tranquilizadoras	Risco aumentado de acidose fetal.	<ul style="list-style-type: none"> Se a linha de base for superior a 160, checar temperatura e pulso. Se elevados, fazer hidratação (oral ou venosa) e uso de anti-térmico; Iniciar uma ou mais medidas conservadoras: Colocar a mulher em decúbito lateral esquerdo; Hidratar com fluidos orais ou venosos; Reduzir as contrações desligando a infusão de ocitocina e/ou realização de tocólise (com Salbutamol 0,25 mg SC ou Terbutalina 0,25 mg SC).
Patológica	Traçado em que uma variável é classificada como anormal e duas como não tranquilizadoras. OU Bradicardia abaixo de 100 bpm persistindo por 3 minutos ou mais.	Padrão provavelmente associado a acidose fetal	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar medidas conservadoras; Nascimento deve ocorrer o mais rapidamente possível.

Tabela 2- Definição de Cardiotocografia normal, suspeita e patológica

- Se acelerações estão presentes com variabilidade reduzida, considerar tranquilizador;
- Raras desacelerações precoces uniformes são consideradas benignas, não tendo significado clínico;
- A maioria das desacelerações durante o TP são variáveis;
- Se a bradicardia persiste por mais de 3 minutos, toda a equipe deve estar preparada para parto iminente. Isto inclui re-

mover a paciente para o sala cirúrgica. O parto (vaginal ou cesariana) deverá ocorrer se os batimentos fetais não recuperarem a normalidade em até 10 minutos;

- Taquicardia entre 160 e 180, com acelerações presentes e sem outros sinais preocupantes adversos, não deve ser considerada suspeita. Entretanto, a presença de outras variáveis não tranquilizadoras ou anormais sugere CTG patológica.

6.4 Plano de parto da PBH

Plano de parto

Para atender suas necessidades no parto é fundamental o registro prévio dos seus desejos e expectativas. O acompanhamento do parto deverá iniciar quando as contrações estão regulares e o colo do útero apresenta-se fino e dilatado. Em caso de perda de líquido ou sangue, mesmo sem contrações, a gestante deve procurar assistência de saúde. Poderá ter o acompanhante que desejar.

1. Acompanhante que deseja durante a internação na maternidade:

- Marido/ parceiro/ pai do bebê Mãe
 Filha (o) Amigos
 Outros familiares Doula
 Nenhum Outros: _____

No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pêlos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.



2. Deseja usar supositório de glicerina?
 Sim Não

Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.

3. Métodos para alívio da dor que deseja ter como opção
 Massagens Respiração profunda
 Exercícios de relaxamento com bola do nascimento
 Banho de banheira ou de chuveiro

Anestesia com medicamentos
 Outros: _____

4. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. Líquidos que deseja ingerir:

- Sucos de frutas Chás
 Gelatina
 Outros: _____



5. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com músicas pode ajudar a relaxar e tranquilizar.

- Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto.
 Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.

A posição do parto deve ser escolhida pela mulher.

6. Em qual posição deseja ter o parto?
 Sentada/ Cócoras
 Deitada com cabeceira elevada
 De lado
 Outras: _____



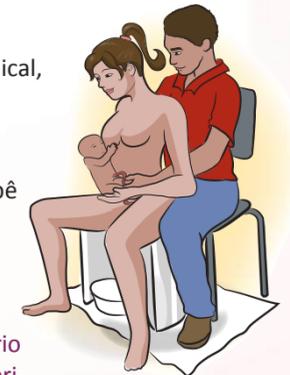
Em poucos casos pode ser necessário o corte da vagina. Caso necessário você deverá ser informada pelo profissional e dar seu consentimento.

O bebê que nasce bem é secado e mantido em contato pele a pele com a mãe, antes mesmo de cortar o cordão. Este só deve ser cortado após parar de pulsar (depois de um minuto de vida). O bebê deve ser colocado para mamar logo que nascer e permanecer junto da mãe durante toda a internação hospitalar.



7. Quanto ao corte do cordão umbilical, deseja que seja feito:
 Pelo profissional
 Por você mesma
 Pelo marido/ parceiro/pai do bebê
 Outros

Após a primeira hora de vida, administra-se vitamina K no músculo da perninha do bebê, para evitar hemorragia, e pinga-se um colírio nos olhos para evitar infecção. Deve-se evitar dar banho nas primeiras horas para que o bebê não esfrie e o curativo do coto umbilical é feito com álcool. Se a mãe estiver bem, pode tomar banho e alimentar-se do que desejar. Os profissionais avaliam periodicamente o sangramento após o parto e ajudam na amamentação.



9. Caso tenha outros desejos e expectativas em relação à vivência do parto, registre aqui:

6.5 Modelo de termo de consentimento pós-informado para assistência ao parto normal

Eu, _____ (nome),
DECLARO que o profissional _____ () médico, () enfermeiro,
da instituição _____, informou-me que,
por eu () estar em trabalho de parto / () apresentar rotura da bolsa das águas / () necessitar
de indução do parto, devo ser internada para receber cuidados profissionais durante o processo
de nascimento do meu(s) filho(s).

O profissional acima me esclareceu que:

1. Para que o parto vaginal aconteça, é necessário que ocorram contrações uterinas que promovam a abertura do colo do útero e a passagem do bebê pelo canal da vagina. Esse processo pode se iniciar espontaneamente ou através do estímulo com medicamentos, quando é chamado de "parto induzido". Entendo que, caso eu necessite de passar por um "parto induzido" esta conduta é a que se associa a melhor segurança para mim e meu bebê, devido a _____.
2. O acompanhamento do processo que leva ao parto vaginal (processo esse chamado de trabalho de parto) conforme as evidências científicas é feito através da monitorização dos batimentos cardíacos do bebê, das contrações uterinas e da dilatação do colo do útero. A avaliação da dilatação é feita através de exame de toque pela vagina, que será realizado quando justificada sua necessidade, após a minha autorização verbal.
3. Fui informada que terei acesso a métodos que aliviem a dor do parto. Estes métodos podem ser naturais (sem medicamentos), como apoio da doula e acompanhante, exercícios, massagem, banhos de chuveiro ou banheira ou medicamentosos, ou seja, com o uso de anestésicos, sendo que a anestesia mais comumente será aplicada nas costas (peridural ou raquianestesia).
4. O parto na maioria das vezes é um evento normal para a mãe e o bebê. Entretanto fui informada que, em caso de alterações na sua fisiologia, poderei necessitar de intervenções para que eu e meu bebê sejamos melhor assistidos. As principais intervenções que podem ser necessárias são: (1) Rotura das membranas da bolsa amniótica, (2) Administração de ocitocina com soro na veia; (3) Corte do períneo (parte externa da vagina), chamado de episiotomia; (4) Uso de instrumentos para auxiliar o nascimento do bebê (fórceps ou vácuo-extrator), que são colocados na vagina em caso de sinais de alteração da oxigenação do bebê no momento do nascimento ou se sua saída estiver prolongada além da normalidade, ou em caso de exaustão e cansaço; (5) Cesariana: operação para retirada do bebê através de um corte no abdome, quando o parto normal não for mais seguro. Entendo que esta operação poderá acontecer em situação de emergência, quando sua indicação for absoluta. Entretanto, no caso de indicações relativas para a realização da operação cesariana serei consultada e participarei da decisão sobre sua realização.

Assinatura da gestante: _____

Testemunhas: _____

Belo Horizonte, ____ / ____ / ____.

6.6 Recomendações para Profilaxia de Conjuntivite Neonatal em BH - Comissão Perinatal / Secretaria Municipal de Saúde

A Conjuntivite Neonatal (CN) é uma importante doença ocular em neonatos, sendo considerada uma condição potencialmente séria, tantos pelos efeitos locais quanto pelo risco de disseminação sistêmica. A grande maioria dos casos de CN infecciosa é adquirida durante a passagem pelo canal do parto. Com relação aos agentes microbianos, a *Chlamydia trachomatis* (CT) é a principal bactéria implicada na gênese da CN, seguida pela *Neisseria gonorrhoeae* (NG) e outras bactérias, como *Streptococcus viridans* e *aureus* e *Escherichia coli*, além de vírus. Além dos agentes microbianos, o produto utilizado na prevenção pode também levar à CN, por causar uma conjuntivite química, que é relatada em 10 a 100% dos recém-nascidos que são submetidos aos agentes profiláticos, mais comumente o Nitrato de Prata (NP).

Até o final do século XX, o método de Credé (Instilação de colírio de NP a 1% nos olhos dos neonatos) foi o método de escolha para a profilaxia de conjuntivite neonatal no Brasil, regulamentado em 1977 pelo Decreto-Lei 9713 e posteriormente pelo Decreto-Lei 19941. Entretanto, estudos recentes questionaram o uso do NP, pois, além de ter efeito extremamente irritativo, tem incompleta ação contra a CT. Por isto, e também por não estar disponível para venda em farmácias, levantamentos mostraram que em grande porcentagem das maternidades o CT foi substituído pelo Vitelinato de Prata a 10% (Argirol). Este agente é um antisséptico muito menos eficaz que o NP e não há nenhuma recomendação para seu uso para a profilaxia da CN.

O uso de antibióticos (Eritromicina e Tetraciclina) para prevenção de CN é recomendada pelo CDC (Centers for Disease Control), por terem ação contra CT e NG, além de terem a vantagem de causarem menos conjuntivite química que o NP.

A Iodopovidona (PVPI) a 2,5% é, hoje, uma opção com baixa toxicidade e alta eficácia contra os agentes causadores da CN, sendo recomendada pela AN-

VISA desde 2000. Sua eficácia é superior à da eritromicina para prevenção da CN, além de ser ativa não apenas contra os agentes bacterianos, como a CT, NG e outras bactérias, mas também contra fungos e contra os vírus HIV e da herpes.

Sendo assim, recomenda-se:

- 1- A profilaxia da CN deve ser realizada em todos os recém-nascidos que passaram pelo canal de parto. Para recém-nascidos de cesariana, a profilaxia deverá ser realizada APENAS se houve amniorrexe ou trabalho de parto previamente à realização da cirurgia;
- 2- O medicamento de escolha deverá ser o colírio de Iodopovidona (PVPI) a 2,5%, uma gota em cada olho, ou colírio de Eritromicina 0,5%. Não deve ser utilizado o Nitrato de Prata a 1% ou o Vitelinato de Prata a 10%;
- 3- O momento para realização da profilaxia é após a primeira hora do recém-nascido, já que na primeira hora não devem ser realizados procedimentos com o neonato: ele deverá ficar em contato pele-a-pele com sua mãe;
- 4- Para pacientes que apresentarem recusa à realização da profilaxia deve-se solicitar a assinatura de termo de recusa de medicação, anexo ao prontuário;
- 5- No caso de mulheres que realizaram, durante o pré-natal, exames genitais que comprovem a negatividade para CT e NG (gram, cultura, imunofluorescência ou PCR) estes dados deverão ser anotados em prontuário como justificativa para recusa da medicação.

Belo Horizonte, 10 de setembro de 2014.

6.7 Recomendações da SAMG para realização de analgesia em mulheres em trabalho de parto

Considerações Gerais

O controle da dor relacionada ao trabalho de parto é um dos grandes benefícios conquistados pela anestesiologia. A melhor compreensão dos efeitos provocados pela estimulação dolorosa e sua repercussão negativa sobre a gestante e o feto, aliada à síntese de novos fármacos e ao aprimoramento de materiais e técnicas anestésicas, proporcionaram um grande impulso à analgesia em obstetrícia^{43,44,45,46,47}.

No primeiro estágio do trabalho de parto, as dores são causadas pela contração uterina, associadas à dilatação do colo. O colo uterino é o local de origem da maioria dos estímulos dolorosos aferentes e, neste estágio, a dor tem predominantemente um caráter visceral⁴⁸. Durante o segundo estágio do trabalho de parto, à medida que a apresentação fetal distende o segmento inferior do útero, estruturas pélvicas e o períneo, ocorre ativação de fibras somáticas dos segmentos sacrais S2 a S4, associada à tração e compressão de estruturas vizinhas (ovários, tubas uterinas, peritônio parietal, bexiga, uretra e reto). Neste estágio, portanto, a dor tem componentes viscerais e somáticos⁴⁸. Durante todo o processo, o componente emocional pode exercer forte influência no limiar de tolerância da parturiente à dor^{49,50}.

A intensidade da dor é, normalmente, dependente do grau de dilatação do colo uterino⁴⁸. Em geral, a dor tem leve intensidade e é do tipo cólica na fase inicial do trabalho de parto, quando a dilatação do colo é inferior a 3 cm. A estimulação visceral é referida como dor na localização dos dermatômos T10 a T12 correspondendo, na região anterior, à área entre

o umbigo e a sínfise púbica. Em alguns casos, associada a esta dor, a compressão das raízes do plexo lombossacro pode desencadear estímulos dolorosos durante a contração e distensão uterinas, levando a uma dor intensa na região lombar⁴⁸. Com a progressão do trabalho de parto, os segmentos espinhais adjacentes são estimulados e a dor torna-se mais intensa, atingindo os dermatômos L1 e L2. No período expulsivo, ocorrem estimulações dos segmentos S2 a S4, no território correspondente ao nervo pudendo, e a dor localiza-se na região do baixo ventre e períneo⁴⁸. Melzack, em um trabalho realizado em 1975, observou que a dor desencadeada pelas contrações no trabalho de parto é equivalente à dor provocada pela amputação digital e que são complexos os fatores que a influenciam, não sendo a psicoprofilaxia e os métodos não farmacológicos suficientes para o seu adequado tratamento em vários casos⁵⁰.

A dor tem importante função biológica como indicadora do início do trabalho de parto. A dor intensa e persistente, no entanto, pode acarretar efeitos indesejáveis tanto para a mãe quanto para o feto e evidências clínicas consistentes comprovam que a indicação e realização de analgesia, de forma correta, colaboram para uma redução do risco materno-fetal⁵¹. A dor e o estresse do trabalho de parto podem intensificar respostas segmentares e supra-segmentares reflexas, produzindo efeitos negativos^{48,52}. Os principais efeitos deletérios sobre os sistemas respiratório, cardiovascular e gastrointestinal são mostrados no quadro ao lado:

Sistema Respiratório
1. Hiperventilação durante as contrações a. Aumento no consumo materno de oxigênio; b. Alcalose respiratória, com desvio da curva de dissociação da hemoglobina para esquerda e menor liberação tissular (para o feto) de oxigênio; c. Vasoconstrição reflexa; d. Redução do fluxo sanguíneo cerebral materno; e. Redução no fluxo sanguíneo umbilical.
2. Hipoventilação no intervalo das contrações a. Redução da pressão arterial de oxigênio materna.
Sistema Cardiovascular
1. Aumento dos níveis de catecolaminas plasmáticas maternas; 2. Redução da circulação útero-placentária; 3. Desequilíbrio na produção de adrenalina e noradrenalina, com interferência na dinâmica uterina; 4. Aumento do débito cardíaco entre 10 e 25%, com sobrecarga hemodinâmica; 5. Aumento da pressão arterial entre 5 e 20%.
Sistema Gastrointestinal
1. Diminuição da motilidade gástrica; 2. Retardo no esvaziamento gástrico, com aumento da incidência de náuseas e vômitos; 3. Aumento da secreção de gastrina, com consequente aumento da acidez do conteúdo gástrico; 4. Aumento do risco de regurgitação e aspiração pulmonar.

Quadro 1 - Efeitos negativos da dor durante o trabalho de parto sobre a mãe e o feto(3, 5)

A analgesia de parto bloqueia, parcial ou completamente, os efeitos sobre o sistema cardiovascular e respiratório e promove conforto à parturiente por controlar, de modo efetivo, a dor associada às contrações^{46,48}. Acredita-se que controle das respostas autonômicas possa ser desejado em casos extremos ou em pacientes específicas, como as portadoras de cardiopatias.

A indicação e o início da analgesia devem ser baseados na intensidade da dor. O início da analgesia deve ser individualizado e ocorrer no momento em que a parturiente determinar que a dor tenha se tornado um elemento de grande desconforto. No passado, a indicação do início da analgesia era relacionada ao grau de dilatação do colo uterino. Atualmente, os estudos que analisam os efeitos deletérios da dor sobre a mãe e feto mostram que, ao aguardar as dilatações do colo uterino descritas, a parturiente desenvolve muitas das respostas negativas mostra-

das no quadro acima^{46,48,53,54}. Deste modo, a analgesia deve ser iniciada no momento em que a dor se torna incômoda para a parturiente, independente do grau de dilatação do colo uterino e havendo a confirmação do diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto (contrações rítmicas na frequência de 3 a 5 em um intervalo de 10 minutos e resultando em dilatação do colo uterino)⁵¹.

A analgesia neuroaxial foi introduzida em substituição às técnicas inalatórias com éter e clorofórmio e, a partir da década de 1970, houve um aumento progressivo e acentuado na sua utilização para o controle da dor durante o trabalho de parto⁵⁷. Inicialmente, a técnica peridural era a principal escolha, sendo realizada com grandes volumes e concentrações de anestésicos locais. Esta técnica resultava em interferência significativa na evolução do trabalho de parto pela ocorrência de bloqueio motor, com bloqueio intenso dos músculos reto-abdominais

43 American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia. *Anesthesiology* 2007; 106:843-63.

44 Hagerdal M, Morgan CW, Sumner AE, Gutsche BB. Minute ventilation and oxygen consumption during labor with epidural analgesia. *Anesthesiology* 1983; 59:425-7.

45 Pearson JF, Davies P. The effect of continuous lumbar epidural analgesia on the acid-base status of maternal arterial blood during the first stage of labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1973; 80:218-24.

46 Jouppila R, Hollmen A. The effect of segmental epidural analgesia on maternal and foetal acid-base balance, lactate, serum potassium and creatine phosphokinase during labour. *Acta Anaesth Scand* 1976; 20:259-68.

47 Thalme B, Raabe N, Belfrage P. Lumbar epidural analgesia in labour. II. Effects on glucose, lactate, sodium chloride, total protein, haemoglobin and haemoglobin in maternal, fetal and neonatal blood. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1974; 53:113-9.

48 Pearson JF, Davies P. The effect of continuous lumbar epidural analgesia on maternal acid base balance and arterial lactate concentrations during the second stage of labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1973; 80:225-9.

49 Eidelman AI, Hoffmann NW, Kaitz M. Cognitive deficits in women after childbirth. *Obstet Gynecol*. 1993 May;81(5 (Pt 1)):764-7. PubMed PMID: 8469469. eng.

50 Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003 Mar;30(1):36-46. PubMed PMID: 12581038. eng.

51 Shnider SM, Abboud TK, Artal R, Henriksen EH, Stefani SJ, Levinson G. Maternal catecholamines decrease during labor after lumbar epidural anesthesia. *Am J Obstet Gynecol*. 1983 Sep;147(1):13-5. PubMed PMID: 6614080. eng.

52 Hawkins JL. Epidural analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med*. 2010 Apr;362(16):1503-10. PubMed PMID: 20410515. eng.

46 Jouppila R, Hollmen A. The effect of segmental epidural analgesia on maternal and foetal acid-base balance, lactate, serum potassium and creatine phosphokinase during labour. *Acta Anaesth Scand* 1976; 20:259-68.

48 Pearson JF, Davies P. The effect of continuous lumbar epidural analgesia on maternal acid base balance and arterial lactate concentrations during the second stage of labour. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1973; 80:225-9.

51 Shnider SM, Abboud TK, Artal R, Henriksen EH, Stefani SJ, Levinson G. Maternal catecholamines decrease during labor after lumbar epidural anesthesia. *Am J Obstet Gynecol*. 1983 Sep;147(1):13-5. PubMed PMID: 6614080. eng.

53 Pan P, Eisenach J. The pain of childbirth and its effect on the mother and the fetus. In: Mosby E, editor. *Chestnut's Obstetric Anesthesia - Principles and Practice*. 4 ed ed. Philadelphia: Elsevier; 2009. p. 389-97.

54 Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S16-24. PubMed PMID: 12011870. eng.

57 Rooks JP. Labor pain management other than neuraxial: what do we know and where do we go next? *Birth*. 2012 Dec;39(4):318-22. PubMed PMID: 23281953. eng.

e comprometimento da força de expulsão, relaxamento precoce do períneo com interferência na rotação interna da apresentação fetal e sofrimento fetal frequente por hipoperfusão uterina resultante de hipotensão materna. Como consequência, havia aumento do número de partos instrumentados e de conversões da via de parto para cesariana^{55,58}.

Nos últimos anos, no entanto, a utilização de doses menores de anestésicos locais em soluções ultradiluídas e a associação destes com opioides lipofílicos permitiram o desenvolvimento de técnicas analgésicas extremamente eficientes e com mínima interferência na evolução do trabalho de parto^{47,51,59}. Entre as técnicas de bloqueio neuroaxial destacam-se, com igual efetividade, a analgesia peridural e a analgesia combinada (contínuas, intermitentes

ou controladas pela paciente). Tais técnicas apresentam qualidade de analgesia superior a todas as outras técnicas sistêmicas e regionais⁴⁷. Além disso, elas mantêm a percepção materna da contração uterina, preservam o tônus da musculatura abdominal e pélvica, permitem a deambulação da paciente e apresentam flexibilidade para uso em diferentes momentos do trabalho de parto⁵¹. Por tais razões, as técnicas peridural e combinada representam atualmente o padrão para a analgesia de parto e, entre as modalidades de repique disponíveis, as técnicas intermitentes parecem ser as mais adequadas por proporcionarem melhor analgesia com menor gasto de anestésicos^{60,61}. Os principais efeitos colaterais, complicações e implicações à evolução do trabalho de parto são mostrados no Quadro abaixo.

1. Prurido (em geral leve, sendo desnecessárias intervenções para o tratamento);
2. Hipotensão arterial (rara, em geral leve e de fácil correção com o uso de vasopressores em bolus. A possibilidade deste efeito requer, no entanto, como mostrado adiante, o uso de monitorização intermitente da pressão arterial, em especial nos primeiros 30 minutos após a administração da analgesia);
3. Aumento do tempo de duração do segundo estágio do trabalho de parto (não associado a pior Apgar ou pH de cordão umbilical do recém-nascido);
4. Provável aumento da incidência de partos instrumentados (em especial quando há relaxamento excessivo da musculatura perineal. Em decorrência da existência de estudos com diferentes resultados em relação a esta variável, ainda não há consenso de que haja relação entre a analgesia e o uso de fórceps);
5. Retardo no início da amamentação;
6. Hipertermia materna (de etiologia ainda desconhecida, sem aparente prejuízo materno e fetal);
7. Bradicardia fetal transitória (maior incidência com o uso de opioides intratecais, em especial sufentanil em doses superiores a 15mcg, sendo explicada pela hipersístolia ocasionada pela queda abrupta na concentração de adrenalina circulante após o alívio da dor. Refere-se a uma bradicardia com frequência mínima de 80bpm, flutuante e que ocorre dentro dos 30 primeiros minutos após a analgesia. Não requer, na maior parte dos casos, nenhum intervenção específica além da observação rigorosa.

Quadro 2 - Efeitos colaterais da analgesia neuroaxial para o trabalho de parto

Em algumas situações, no entanto, o emprego das técnicas neuroaxiais é limitado pela existência de contraindicações maternas ou pela indisponibilidade de estrutura, material ou número adequado

de profissionais treinados na instituição. As contraindicações absolutas e relativas à execução da analgesia neuroaxial são apresentadas no Quadro ao lado.

1. Recusa materna, na ausência de fatores preditores de uma via aérea difícil⁵¹;
2. Situações impeditivas à colaboração da paciente durante a execução da técnica⁶², aumentando o risco de lesões em estruturas neurais e outras complicações:
 - a. Doença psiquiátrica grave não compensada;
 - b. Déficit de desenvolvimento neuropsicomotor grave;
 - c. Imaturidade emocional importante;
 - d. Paciente de língua estrangeira, sem disponibilidade de profissionais com fluência ou tradução adequadas⁶²;
3. Hipertensão intracraniana secundária a lesão expansiva^{51,62};
4. Instabilidade hemodinâmica⁶²;
5. Distúrbios de coagulação⁵¹ (RNI > 1,3, PTTA >1,5x o controle, plaquetometria < 80.000 e uso de drogas anticoagulantes);
6. Septicemia⁶²;
7. Infecção no local da punção⁶²;
8. Alergia documentada a anestésicos locais⁶²;
9. Cardiopatias maternas (descompensadas ou primariamente incompatíveis com as técnicas neuroaxiais)¹⁹;
10. Doença neurológica preexistente⁶² (esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, neuromielite óptica e neuropatias periféricas de membros inferiores);
11. Inexperiência do anestesiológico na realização de analgesia de parto⁵¹.

Quadro 3 - Bloqueios neuroaxiais - Contraindicações absolutas ou relativas

Além das contraindicações apresentadas acima, um obstáculo importante às técnicas neuroaxiais é o fato de não serem isentas de riscos, além dos efeitos colaterais já descritos⁶³. Complicações importantes como dor lombar, cefaleia pós-punção de dura-máter e lesões neurológicas podem surgir em função da execução da técnica, dos medicamentos e dos materiais utilizados. Complicações imediatas, decorrentes da injeção inadvertida de soluções anestésicas no espaço subaracnóideo, subdural e intravascular, também podem ocorrer com incidências baixas, mas não desprezíveis (1:2.900, 1:4.200 e 1:5.000, respectivamente)⁶³. Tais complicações, por sua baixa incidência, não representam uma limitação ao emprego das técnicas neuroaxiais, mas, em algumas situações, geram na paciente receio ou mesmo recusa em aceitar o procedimento, criando, portanto, uma contra-indicação absoluta.

Uma prática ainda muito comum em nosso meio é a indicação da raquianalgesia em dose única no período expulsivo ou próximo dele como forma de analgesia em pacientes que iniciaram a dor muito antes deste período. Conforme descrito, esta condu-

ta tem benefício muito restrito no controle dos efeitos deletérios da dor (considerando que a paciente tenha sentido dor durante todo o trabalho de parto e a indicação foi feita apenas no 2º estágio) sendo, portanto, uma técnica com risco potencial superior ao benefício. Este tipo de analgesia deve ser desencorajado e restrito apenas aos casos em que a gestante solicita a analgesia no final do primeiro estágio do trabalho de parto.

Nos casos em que as técnicas não farmacológicas já não são efetivas e nos quais não é possível a realização da analgesia neuroaxial, as demais opções farmacológicas disponíveis são sistêmicas venosas ou inalatórias. Estas técnicas, no entanto, oferecem resultados menos favoráveis em relação à eficácia analgésica e efeitos colaterais maternos e fetais sendo, portanto, consideradas técnicas alternativas e de uso indicado apenas na presença de contraindicações ao bloqueio neuroaxial.

Em todos os casos, as técnicas de analgesia não farmacológica (de eficácia comprovada) devem ser estimuladas e a analgesia farmacológica deve ser oferecida a todas as pacientes em fase ativa do trabalho

47 Thalme B, Raabe N, Belfrage P. Lumbar epidural analgesia in labour. II. Effects on glucose, lactate, sodium chloride, total protein, haemoglobin and neonatal blood. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1974; 53:113-9.

51 Shnider SM, Abboud TK, Artal R, Henriksen EH, Stefani SJ, Levinson G. Maternal catecholamines decrease during labor after lumbar epidural anesthesia. *Am J Obstet Gynecol*. 1983 Sep;147(1):13-5. PubMed PMID: 6614080. eng.

55 Melzack R. The myth of painless childbirth (the John J. Bonica lecture). *Pain*. 1984 Aug;19(4):321-37. PubMed PMID: 6384895. eng.

58 Hansen JM, Ueland K. Maternal cardiovascular dynamics during pregnancy and parturition. *Clin Anesth*. 1974;10(2):21-36. PubMed PMID: 4590563. eng.

59 Ueland K, Metcalfe J. Circulatory changes in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 1975 Sep;18(3):41-50. PubMed PMID: 1157366. eng.

60 Yamashita A M. Analgesia e Anestesia para o Parto Vaginal. In: Yamashita A M, Gozzani J L. Anestesia em Obstetria. 2 ed. São Paulo, Atheneu, 2007;73.

61 Minnich ME. Childbirth preparation and nonpharmacologic analgesia. *Chestnuts Obstetric Anesthesia*. 4a ed. Philadelphia: Elsevier; 2009. p. 405-15.

19 Maria Fernanda Branco de Almeida & Ruth Guinsburg. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: Condutas 2011; Disponível em <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimacaoNeonatal-2011-24jan11.pdf>.

51 Shnider SM, Abboud TK, Artal R, Henriksen EH, Stefani SJ, Levinson G. Maternal catecholamines decrease during labor after lumbar epidural anesthesia. *Am J Obstet Gynecol*. 1983 Sep;147(1):13-5. PubMed PMID: 6614080. eng.

62 Findley I, Chamberlain G. ABC of labour care. Relief of pain. *BMJ*. 1999 Apr;318(7188):927-30. PubMed PMID: 10102864. Pubmed Central PMCID: PMC1115344. eng.

63 Traynor JD, Dooley SL, Seyb S, Wong CA, Shadron A. Is the management of epidural analgesia associated with an increased risk of cesarean delivery? *Am J Obstet Gynecol*. 2000 May;182(5):1058-62. PubMed PMID: 10819827. eng.

de parto admitidas na maternidade. De acordo com a literatura e de modo paradoxal, o conhecimento precoce da existência de uma possibilidade de alívio farmacológico da dor em geral retarda o momento de solicitação da analgesia, além de reduzir a ansiedade e aumentar o grau de satisfação materna²².

Idealmente, as gestantes devem receber orientações sobre as técnicas analgésicas não-farmacológicas e farmacológicas em uma consulta pré-anestésica ambulatorial e, caso esta não seja possível, logo à admissão no Centro Obstétrico. A orientação deve incluir informações sobre os riscos e implicações das técnicas para o parto e deve ser seguida de um termo de consentimento livre e esclarecido, preferencialmente assinado em conjunto com o(a) acompanhante ou uma testemunha. A aplicação do termo de consentimento em analgesias de parto é questionável e sua aplicação após o início das dores relacionadas à contração é considerada inadequada. O momento adequado para sua utilização é a consulta pré-anestésica no período pré-natal ou, quando esta não for possível, na internação, desde que a paciente não esteja em franco trabalho de parto.

A equipe obstétrica deve estar sempre ciente da indicação do início da analgesia e o consenso deve ser registrado no prontuário da paciente pelo obstetra e pelo anestesiológico responsáveis.

De acordo com dados da literatura, em algumas gestantes, a inserção precoce do cateter peridural (sem a administração de medicamentos) reduz a incidência de complicações graves e fatais. No grupo de pacientes indicadas abaixo, a inserção deve ser feita antes do início da dor e assim que a paciente iniciar a fase ativa do trabalho de parto:

- a. Gestantes portadoras de doenças sistêmicas que possam apresentar piora com a presença de dor (insuficiência cardíaca congestiva, doenças pulmonares restritivas/obstrutivas etc);
- b. Condições maternas que possam complicar a realização de anestesia geral:
 - Exame da via aérea que mostre preditores de dificuldade de intubação e/ou ventilação;
 - Obesidade mórbida;
 - Hipertermia maligna.

Local de realização do procedimento

A analgesia de parto pode ser realizada em sala cirúrgica, em uma sala de anestesia ou no quarto PPP. Por questões ergonômicas e de segurança, é interessante que seja realizada preferencialmente nas salas cirúrgica ou de anestesia. No entanto, após o tempo de observação determinado pelo anestesiológico, é desejável que a paciente retorne ao quarto PPP (vide orientações para deambulação no item "Acompanhamento pós-analgesia" abaixo).

A decisão sobre o local de realização da analgesia é do anestesiológico, de acordo com sua preferência e recursos disponíveis. Caso a analgesia seja realizada no quarto PPP, uma sala de cirurgia e condições de transporte a esta sala devem estar bem próximas e prontamente disponíveis caso seja necessária a realização de cesariana de emergência. Como condições de transporte, entende-se a disponibilidade de maca, ala de oxigênio com fluxômetro e látex conectados, maleta de via aérea, 2 técnicos de enfermagem treinadas e anestesiológico. Da mesma forma, devem estar disponíveis no quarto uma fonte de oxigênio montada, material para ressuscitação cardiopulmonar, medicamentos para o atendimento a emergências e um monitor multiparamétrico. Conforme detalhado em itens subsequentes, a equipe obstétrica deve estar ciente da realização da técnica analgésica e preparada para atuar em caso de emergência.

As técnicas de analgesia farmacológica só estão disponíveis em Centros Obstétricos, não sendo realizadas em Centros de Parto Normal perihospitais e outros ambientes extra-hospitalares.

Acesso venoso periférico

Obter acesso venoso periférico em membro superior utilizando cateter IV 18G. Iniciar SF 0,9% em gotejamento mínimo para manter veia, não sendo necessário pré ou co-hidratação. Utilizar fixação adequada, com identificação do calibre do cateter, data e responsável pela punção.

Dieta

Vide "Dieta" no item 5.3.2 - Assistência no primeiro período do trabalho de parto.

Monitorização contínua

Pacientes sob analgesia de parto, em especial nos primeiros 30 minutos de instalação e seguindo a resolução do CFM1802/2006, deverão obrigatoriamente ter os seguintes parâmetros sob monitorização contínua:

1. Oximetria de pulso;
2. Pressão arterial não invasiva sistólica/diastólica a cada 5 minutos (realizar uma medida antes do início do procedimento, manter o aparelho desligado durante a sua realização e retornar apenas após fim da técnica);
3. Eletrocardiografia contínua.

Posicionamento da paciente para a analgesia

O posicionamento da paciente deve ser determinado pelo anestesiológico (decúbito lateral ou sentada) e explicado à paciente. Uma técnica de enfermagem deve permanecer na frente da paciente durante toda a execução do ato anestésico. Cabe ao anestesiológico autorizar a presença da doula ou acompanhante durante o procedimento.

Caso seja possível, a ultrassonografia pode ser utilizada neste momento para localização e marcação do interespaço desejado (L5/L4 – L3/L4 – L2/L3).

Assepsia e antissepsia

- a. Regras de paramentação
Todos os profissionais e o acompanhante presente na sala devem estar vestindo privativo, gorro e máscara a partir do momento em que for iniciada a antissepsia e abertura da bandeja estéril. A paciente deve estar vestindo avental próprio da maternidade e gorro. A equipe deve zelar por manter as partes íntimas da paciente cobertas durante o procedimento. O anestesiológico deve retirar os ornamentos das mãos e punhos (anéis, relógios e pulseiras) e realizar a antissepsia das mãos com escovação + solução degermante. A secagem das mãos deve ser feita com compressa estéril e as luvas devem ser calçadas utilizando técnica asséptica. Em caso de uso do quarto PPP, as janelas e a porta devem estar fechadas;

b. Antissepsia da região lombar

- A paciente deve estar vestida com avental da unidade com a abertura para trás (verificar se a parte frontal do avental está adequadamente colocada para garantir a privacidade e conforto da gestante);
- Orientar a paciente a manter as mãos e braços na frente do corpo;
- Todas as sujidades visíveis (se houver) deverão ser retiradas pela técnica de enfermagem com o uso de fricção de compressa estéril e sabão comum;
- Degermação com solução de clorohe-xidina degermante (1x – Realizada pelo técnico de enfermagem utilizando gase estéril e luva de procedimento). Soluções à base de iodo não devem mais ser utilizadas para este tipo de antissepsia;
- Antissepsia química com solução de álcool 70° ou clorohe-xidina (2x – Realizada pelo anestesiológico que irá aguardar a solução secar sobre a pele para iniciar a punção).

Técnica anestésica

Critérios de escolha da técnica anestésica

A técnica anestésica a ser empregada é uma escolha do anestesiológico responsável pelo caso considerando-se suas habilidades pessoais, condições clínicas da paciente e material disponível.

1. Descrição do ato anestésico

Localização do interespaço desejado (L5/L4 – L3/L4 – L2/L3) ou da marcação realizada por técnica ultrassonográfica.

Infiltração da pele e subcutâneo

Material

- Agulha hipodérmica 13x4 (insulina);
- Agulha hipodérmica 25x7;
- Seringa 10 ml;
- Lidocaína 2% com adrenalina.

Realizar infiltração da pele com lidocaína 1-2% com adrenalina no interespaço escolhido seguida de infiltração do subcutâneo e ligamentos. Atenção: não injetar solução anestésica em ligamentos caso haja resistência.

Analgesia peridural contínua

- Bolus inicial + Passagem de cateter peridural
- 10 a 15 ml de bupivacaína 0,0625 a 0,125% + Fentanil 50-100 mcg ou
 - 10 a 15 ml de ropivacaína 0,08 a 0,2% + Fentanil 50-100 mcg.

A critério do anestesiolegista, as doses recomendadas podem ser injetadas diretamente na agulha de peridural logo após a punção, via cateter ou em combinação. A injeção de um pequeno volume da solução em bolus pela agulha antes da inserção do cateter parece reduzir a incidência de posicionamento intravascular do cateter. A injeção da maior parte da solução via cateter é interessante para verificação do posicionamento do mesmo logo após a inserção.

Analgesia combinada

- Bolus intratecal inicial + Passagem de cateter peridural
- 1,25 a 2,5 mg de bupivacaína hiperbárica ou isobárica + Fentanil 10 a 20 mcg (aspiração desta solução em seringa de alta precisão (1mL).

Repique peridural

- 10 a 15 ml de bupivacaína 0,0625 a 0,125% ou
- 10 a 15 ml de ropivacaína 0,08 a 0,2%

Repique para anestesia perineal

- 3 a 5 ml de lidocaína 2% com adrenalina

Analgesia subaracnóidea (Dose única)

Esta modalidade de técnica deve ser reservada a gestantes que são admitidas com dor intensa às contrações uterinas e já se encontram muito próximas do período expulsivo ou nos casos em que a realização das demais técnicas neuroaxiais não foram possíveis. Deve-se evitar que pacientes sejam encaminhadas à analgesia apenas próximo ao período expulsivo, tendo experimentado dor intensa durante longos períodos que antecedem a anestesia.

- 2 a 2,5 mg de bupivacaína hiperbárica ou isobárica + Fentanil 20 a 25 mcg

Fixação do cateter peridural

Idealmente, o cateter deve ser fixado com curativo transparente no local de inserção e fita tipo esparadrapo ou Micropore® na extensão do cateter. A ponta do cateter (para injeção) deve ser firmemente tampada e protegida de contaminação por secreção (com a embalagem do próprio cateter, esparadrapo, seringa, gaze ou compressa).

Analgesia sistêmica para o trabalho de parto

Na presença de contra indicações ao uso da analgesia neuroaxial, técnicas sistêmicas alternativas podem ser oferecidas à gestante, sendo atualmente indicadas neste contexto o remifentanil venoso em infusão contínua ou controlada pela paciente e o óxido nitroso 50% inalatório. Protocolos específicos para uso destas técnicas devem ser desenvolvidos por cada instituição para possibilitar a implementação destas formas de analgesia.

Considerando o emprego de técnicas sistêmicas é importante ressaltar que a meperidina, o opióide sistêmico mais estudado e empregado até os dias atuais no Brasil, deve ter seu uso desencorajado como técnica analgésica. A maioria dos trabalhos mostra que a meperidina produz certo grau de analgesia, mas com falhas ou resposta insuficiente em um grande número de casos, levando alguns autores a sugerirem que ela age muito mais como um sedativo do que como um analgésico 7,9. A depressão fetal prolongada associada ao seu uso é um efeito bem documentado. Ela ocorre em virtude da meia vida prolongada da droga (2,5 a 3 horas na mãe e 18 a 23 horas no neonato) e do acúmulo de metabólitos ativos. A normeperidina, por exemplo, tem uma meia vida de 60 horas e pode ser responsável por depressão respiratória neonatal persistente por até 3 a 5 dias após o nascimento mesmo após o uso de baixas doses de meperidina 7. Além destes problemas, a meperidina afeta a motilidade gástrica materna, modifica a cardiocardiografia e está relacionada à acidose fetal em análise do sangue de cordão umbilical¹⁰.

Acompanhamento pós-analgesia

- Imediato – nos primeiros 30 minutos após o procedimento

1. Paciente deve ser mantida em decúbito lateral esquerdo/direito;

2. Oximetria de pulso e eletrocardiografia contínuas;
3. Pressão arterial não invasiva de 5/5 minutos;
4. Avaliação de dor em 10 e 30 minutos (Escala visual analógica ou numérica). O início da analgesia é variável entre as pacientes podendo ser imediato ou não. Deste modo, é necessário explicar à gestante que um tempo de 10 minutos pode ser necessário para alívio da dor. Por esta razão, a primeira avaliação de dor só deve ocorrer após 10 minutos e sempre após uma contração uterina;
5. Avaliação de bloqueio motor (Escala de Bromage modificada);
6. Solicitar avaliação obstétrica (BCF) (preferencialmente após instalação da analgesia, para evitar dor caso seja necessária a realização de exame de toque). Realizar ausculta fetal intermitente de 5 em 5 minutos por pelo menos 30 minutos após a realização da analgesia regional e após a realização de qualquer dose adicional.

- Tardio – Após 30 minutos

1. Avaliação de dor de 30/30 minutos (Escala visual analógica ou numérica);
2. Verificar efeitos colaterais;
3. Avaliações obstétricas (BCF) 30/30 minuto.

Em pacientes que receberam analgesia neuroaxial (peridural ou raquidiana, com ou sem cateter), o uso da bola de Bobath e o banho não trazem nenhum benefício e são contraindicados. A bola de Bobath e o banho são utilizados com a finalidade de produzir alívio da dor e auxiliar na descida do bebê pela verticalização postural. Nas pacientes sob analgesia, a propriocepção e o equilíbrio estão comprometidos e o uso destas duas técnicas pode resultar em acidentes sérios. Além destes riscos, nas pacientes com cateter peridural, a movimentação excessiva da região lombar pode deslocar o cateter (tornando impossível o repique de doses) e a umidade pode aumentar a chance de infecção do sistema nervoso central. Caso seja desejável a verticalização, outros métodos podem ser utilizados como o banquinho de parto ou a posição de cócoras.

A deambulação após a analgesia neuroaxial é permitida e pode ser estimulada. No entanto, é necessário que sejam observados os seguintes critérios:

1. Ausência de contra-indicação obstétrica;
2. Tempo mínimo de 30 minutos após o bloqueio neuroaxial ou o repique pelo cateter peridural;
3. Liberação pelo anestesiolegista responsável;
4. Ausência de bloqueio motor (a paciente deve ser capaz de, em decúbito dorsal, elevar as pernas esticadas a pelo menos 45°);
5. Presença de acompanhante capaz de fornecer sustentação à paciente durante o período de deambulação;
6. Dados vitais estáveis e ausência de sintomas na posição sentada;
7. Mudança de posição (sentada para em pé) lenta e cuidadosa;
8. Área de caminhada restrita ao Bloco Obstétrico. Após o retorno ao leito, reinício da monitorização com oximetria de pulso; A ocitocina não deve ser utilizada como rotina durante o trabalho de parto nas mulheres com analgesia neuroaxial e, caso a gestante já esteja em uso deste medicamento, ele não deve ser suspenso durante a realização do procedimento anestésico. Após o diagnóstico de dilatação cervical completa, assegurar que o parto tenha ocorrido no máximo 3 horas após para as nulíparas e 2 horas após para as multíparas.

Recuperação pós-parto imediato

As pacientes híginas que receberam analgesia neuroaxial para o trabalho de parto/parto podem ser avaliadas quanto aos critérios da escala de Aldrette-Kroulik na sala de parto. Caso já apresentem critérios adequados para alta, não é necessário que sejam encaminhadas à Sala de recuperação pós-anestésica. Nos casos em que houver cateter peridural, a retirada do mesmo deve ser sempre realizada pelo anestesiolegista.

É fundamental comunicar à coordenação do Serviço de Anestesia Obstétrica e Supervisão de Enfermagem/Coordenação do Bloco Obstétrico todos os eventos que prejudiquem a assistência adequada à paciente tais como mau funcionamento ou falta de equipamento ou material, irregularidades no preenchimento dos impressos descritos, falha na comunicação ou supervisão de profissionais responsáveis.

10 Hodnett ED1, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Feb 16;(2):CD003766.



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

www.pbh.gov.br