

# Assistência ao Trabalho de Parto

*Federação Brasileira das  
Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*

---

**Elaboração Final:** 27 de Junho de 2001

**Autoria:** Martins-Costa SH, Ramos JGL, Brietzke E

---



**DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:**

Foram realizadas pesquisas no MEDLINE e COCHRANE LIBRARY, utilizando os seguintes termos: delivery, woman's position, episiotomy, oxytocin, active management, enema, amniotomy, labour, analgesia, cardiotocography. Foi selecionada a melhor evidência disponível para responder a cada questão.

**GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:**

- A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
- B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
- C: Relatos e séries de casos clínicos.
- D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

**OBJETIVOS:**

Examinar as principais condutas na assistência ao parto à luz das melhores evidências disponíveis.

**PROCEDIMENTOS:**

Duração do trabalho de parto, incidência de cesariana, lacerações de trajeto, uso de ocitocina, índice de Apgar.



## **PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES:**

### **AVALIAÇÃO INICIAL:**

1. Determinar se a paciente está ou não em fase ativa de trabalho de parto (TP), usando os seguintes critérios:

- contrações uterinas regulares de 1 a 3 em 5 minutos;
- dilatação cervical  $\geq$  a 3 cm com colo fino e apagado.

O uso de critérios claros para o diagnóstico de fase ativa de TP reduz o uso de ocitocina (OR=0,45 com IC95% de 0,25 a 0,8) e analgesia (OR= 0,36 com IC95% de 0,16 a 0,78)<sup>1</sup>(A).

### **ASSISTÊNCIA AO PRIMEIRO PERÍODO:**

1. **Controle de sinais vitais maternos:** no momento da admissão e a cada 60 minutos<sup>2</sup>(D).

2. **Realização de enema glicerinado:** não deve ser realizado de rotina, pois não se mostrou capaz de reduzir infecção materna ou fetal e traz desconforto à paciente e aumenta o custo do procedimento<sup>3,4</sup>(A).

3. **NPO:** as pacientes devem ser mantidas em jejum durante este período, uma vez que sempre pode haver a necessidade de procedimentos que envolvam anestesia geral, com seu possível risco de aspiração do conteúdo gástrico<sup>2</sup>(D).

4. **Punção venosa e infusão de líquidos:** não deve ser rotineiramente empregada, uma vez que cerca de 80% das pacientes admitidas em TP terão tido parto dentro de 8 horas. É recomendado o uso de fluidos endovenosos somente naquelas que tiverem parto prolongado ou que necessitem de uso de medicação endovenosa<sup>2</sup>(D).

5. **Avaliação fetal:** deve ser feita pela ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais a cada 30 minutos com sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard. A ausculta deve ser feita principalmente durante e logo após as contrações com o objetivo de detectar possíveis desacelerações. O uso rotineiro da cardiocardiografia em gestações de baixo risco está formalmente contraindicado, devido ao alto índice de resultados falso-positivos<sup>5,6</sup>(A).

6. **Analgesia:** deve ser feita, quando necessário, sempre que a



paciente estiver em fase ativa de TP. Pode ser feita das seguintes maneiras:

- > bloqueio peridural com marcaína administrada por cateter;
- > raque-analgésia com opióide (sufentanil 5-7,5 mg ou fentanil);
- > uso de meperidina endovenosa (50-100 mg), de forma lenta e diluída, associada ou não à metoclopramida, devendo-se evitar, apenas, o seu uso próximo ao final do primeiro período (dilatação maior que 6 cm), pelo risco de depressão respiratória no RN.

Ao ser realizado parto com analgesia, deve-se atentar para a possibilidade de redução da dinâmica uterina, com necessidade de correção da mesma e para o aumento da chance de parto instrumentado (OR= 1,77 com IC 95% de (1,09 a 2,86)<sup>7</sup>(A).

**7. Partograma:** utilizar para acompanhamento de todas as pacientes em trabalho de parto. Registrar a curva de dilatação cervical com “X” e a curva de descida da cabeça fetal com “O”. Considerar com TP disfuncional a falta de aumento da dilatação em 1 hora ou progresso lento que afaste a curva de dilatação para mais de 2 horas à direita da linha de alerta. Nestes casos, buscar a causa da disfunção (disfunção contrátil ou TP obstruído)<sup>8-11</sup>(A).

**8. Manejo ativo do TP:** consiste em uma série de medidas descritas abaixo, que demonstraram ser capazes de encurtar o tempo de trabalho de parto, reduzir o risco de trabalho de parto prolongado (RR 0,39 com IC95% de 0,22 a 0,71) e, possivelmente, reduzir a taxa de cesarianas (14,1% no grupo de manejo tradicional x 10,5% no manejo ativo). As medidas que compõem o manejo ativo são:

- > Toques vaginais a cada hora nas primeiras três horas, e a cada 2 horas no período subsequente;

- > 1º toque feito 1 hora após a admissão: se dilatação não progrediu pelo menos 1cm: realizar amniotomia. A amniotomia reduz a duração do TP em 1 a 2 horas, reduz a chance de Apgar abaixo de 7 no 5º minuto (OR=0,34 com IC95% de 0,30 a 0,96) e também reduz a necessidade de ocitocina (OR=0,79 com IC95% de 0,67 a 0,92)<sup>12</sup>(B);

- > 2º toque feito 1 hora após amniotomia: se não houver progressão de pelo menos 1 cm, iniciar com uso de ocitocina<sup>8-11</sup>(A).

#### 9. Uso de ocitocina:

- > diluir 10 U em 1000 ml de soro glicosado;
- > utilizar em bomba de infusão ou com equipo comum;

- > durante o uso, avaliar constantemente as contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal. Se o padrão contrátil exceder 5 contrações em 10 minutos, as contrações tiverem duração maior que 1 minuto ou houver desaceleração da frequência cardíaca fetal: descontinuar o uso.

Existem 14 esquemas de aumento de dose de ocitocina testados e publicados na literatura, sem claras vantagens de um sobre os outros. As doses utilizadas iniciam em 0,5 até 7 mU e são aumentadas geométrica ou aritmeticamente em intervalos de 15 a 60 minutos<sup>13</sup>(D).

#### 10. Parto normal com cesariana prévia:

- > seguro nas pacientes com uma incisão uterina segmentar prévia<sup>14-16</sup>(B);

- > pode ser utilizada a ocitocina e a analgesia<sup>14-16</sup>(B);

- > acompanhar evolução do TP pelo partograma a fim de diagnosticar precocemente a desproporção céfalo-pélvica<sup>17</sup>(C);

- > atentar para sinais de ruptura uterina<sup>14-16,18</sup>(B):

- dor na incisão;
- sangramento vaginal;
- desacelerações da frequência cardíaca fetal;



- parada ou redução das contrações.

#### ASSISTÊNCIA AO SEGUNDO PERÍODO:

##### 1. Posicionar paciente:

➤ para a maioria das pacientes: Laborie-Duncan, com decúbito dorsal, mesa de parto verticalizada ao máximo e flexão e abdução dos membros superiores ou, se desejado, cócoras. Não há diferenças nos resultados perinatais, embora a posição de cócoras possa reduzir a dor no terceiro período<sup>19</sup>(A).

➤ em pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral (posição de Simms)<sup>19</sup>(A).

2. **Anti-sepsia e colocação de campos esterelizados**<sup>2</sup>(D).

3. **Bloqueio pudendo e infiltração em leque se necessária a realização de episiotomia**<sup>2</sup>(D).

4. **Realização de episiotomia:** deve ser realizada seletivamente, somente nos casos em que exista indicação para seu uso (sofrimento fetal, uso de fórceps, fetos grandes, cardiopatia materna, período expulsivo prolongado, etc). Realizar preferencialmente a episiotomia médio-lateral, que apresenta menor risco de extensão para reto e esfíncter anal<sup>20</sup>(A).

5. **Auscultar BCF** a cada 5 minutos durante o período expulsivo, imediatamente antes, durante e após a contração uterina<sup>2</sup>(D).

6. **Controle do desprendimento da cabeça:** realizar a manobra de Ritgen, com o objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça<sup>2</sup>(D).

7. **Aspiração da boca e nariz do feto com**

**pêra de borracha.** Verificar se há circular cervical de cordão. Se a circular for apertada, clampear e cortar o cordão<sup>2</sup>(D).

8. **Assistência ao desprendimento dos ombros:** se o mesmo não for espontâneo, tracionar ligeiramente a cabeça fetal inferiormente para liberar o ombro anterior e, em seguida, superiormente para liberar o posterior<sup>2</sup>(D).

9. **Profilaxia da hemorragia puerperal:** aplicar 10 U de ocitocina intramuscular após o desprendimento do ombro anterior (também pode ser utilizado esgometrina, combinações de ocitocina e ergometrina e misoprostol)<sup>21,22</sup>(A).

#### ASSISTÊNCIA AO TERCEIRO PERÍODO:

1. **Manejo ativo:** consiste no emprego de ocitócitos após o desprendimento dos ombros, combinado com a tração controlada do cordão umbilical. Tal medida mostrou-se capaz de reduzir em 40% a chance de hemorragia puerperal<sup>23</sup>(A).

2. **Revisão do trajeto:** após a dequitação deve-se verificar a presença de lacerações de trajeto, que podem ser fonte de sangramento significativo e episiorrafia<sup>2</sup>(D).

#### ASSISTÊNCIA AO QUARTO PERÍODO:

1. Observar sinais vitais e sangramento. Se sangramento excessivo por hipotonia uterina, realizar massagem uterina e infusão de 30 a 60 U de ocitocina em 1000 ml de solução glicosada a 40 gts/min<sup>24</sup>(D). Se o tratamento instituído não for eficaz, pesquisar a possibilidade de retenção de restos placentários e lacerações de trajeto<sup>2</sup>(D).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Lauzon L, Hodnett E. Caregivers' use of strict criteria for diagnosing active labour in term pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
2. Friedman EA, editor. *Labor: clinical evaluation and management*. 2nd. New York: Appleton; 1978.
3. Cuervo LG, Rodrigues MN, Delgado MB. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
4. Romney ML, Gordon H. Is your enema really necessary? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981; 282:1269-71.
5. Leveno KJ, Cunningham PG, Nelson S, et al. A prospective comparison of selective and ununiversal electronic fetal monitoring in 34995 pregnancies. *N Engl J Med* 1986; 315:615-9.
6. Pattison M, Mc Cowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
7. Howell CJ, Kidd C, Roberts W, et al. A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108:27-33.
8. Frigoletto FD Jr, Lieberman E, Lang JM, et al. A clinical trial of active management of labor. *N Engl J Med* 1995; 333:745-50.
9. Lopez-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, et al. A controlled trial of program for active management of labor. *N Engl J Med* 1992; 326:450-4.
10. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour . *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
11. Sadler LC, Davison T, McCowan LM. A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107:909-15.
12. Fraser WD, Turcot L, Krauss I. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
13. Owen J, Hauth JC. Oxytocin for the induction or augmentation of labor. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35:464-75.
14. Flamm BL, Lim OW, Jones C, et al. Vaginal birth after cesarean section: results of multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:1079-84.
15. Phelan JP, Clark SL, Diaz F, et al. Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:1510-5.
16. Pridjian G. Labor after prior cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35:445-56.
17. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labour as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynaecol* 1984; 63:485-90.
18. Nielsen TF, Hagberg H. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:569-73.



19. Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
20. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
21. Mc Donald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Prophylatic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
22. Ng PS, Chan AS, Sin WK, et al. A multicentre randomized controlled trial of oral misoprostol and i. m. syntometrine in the management of the third stage of labour. *Hum Reprod* 2001; 16:31-5.
23. Walley RL, Wilson JB, Crane JM, et al. A double-blind placebo controlled randomised trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107:1111-5.
24. Martins-Costa, et al. Assistência ao trabalho de parto. In: Freitas F, Costa SM, editors. *Rotinas em Obstetrícia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

