

ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

Celebrando a vida e o amor

1ª. Edição: março/2003

2ª. Edição: agosto/2007

Data prevista para revisão: agosto/2009

FILOSOFIA DE CUIDADOS

A assistência ao parto e nascimento vem sofrendo profundas modificações em vários países do mundo. Com o surgimento de novas evidências científicas e o envolvimento dos consumidores na questão da saúde, algumas práticas médicas e hospitalares vêm sendo questionadas, principalmente quando se vê o nascimento como um processo normal e fisiológico. Em consonância com estas mudanças, o Hospital Sofia Feldman baseia as suas práticas nos seguintes pilares: a) a valorização da experiência humana; b) a mulher e a família como centros do processo de atenção; c) o fortalecimento da mulher como cidadã, respeitando a sua dignidade; d) o resgate das características fisiológicas e naturais do nascimento; e) práticas baseadas em evidências científicas; d) trabalho em equipe multidisciplinar; e) custo-eficácia.

A experiência humana

A gravidez e o nascimento são eventos únicos na vida da mulher e, deste modo, é responsabilidade de todos aqueles envolvidos na assistência proporcionarem-lhe uma atmosfera de carinho e humanismo que a apóie neste momento tão importante. O local do nascimento não pode ser um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, onde a mulher não possa expressar livremente seus sentimentos e necessidades. O tratamento dado a ela deve ser individualizado e flexível. É necessário que a mesma se sinta segura e protegida por todos aqueles que a cercam. A presença de uma pessoa ao seu lado (marido, familiar, amiga, doula, etc.) deve ser encorajada e deve-se evitar a separação mãe-filho por qualquer momento desde o nascimento até a alta. Tanto os fatores científicos e humanos devem ser considerados para assegurar uma experiência bem sucedida e gratificante para todos os envolvidos. Além do mais, para a mulher, a sensação de estar sendo compreendida e em controle de si mesma pode resultar em uma experiência de

alegria e crescimento interior, favorecendo um resultado positivo, permitindo que o nascimento seja a celebração da vida e do amor.

A mulher e a família como centros da atenção

A adoção de rotinas rígidas e inflexíveis e a organização da assistência ao nascimento não devem ser voltadas para satisfazer os interesses do serviço e da equipe, mas sim em direção aos interesses da mulher e sua família. A mulher e a família devem receber apoio constante da equipe assistencial, e suas angústias e questionamentos devem ser esclarecidos com uma linguagem clara e acessível. Todos os procedimentos a serem realizados devem vir acompanhados de uma explicação sobre o motivo da sua adoção e a mulher deve sentir que os mesmos são realmente necessários e que poderão contribuir para um bom resultado tanto para ela quanto para o seu filho.

Fortalecimento da mulher como cidadã

As práticas correntes na maioria das maternidades brasileiras têm contribuído para uma despersonalização da assistência à mulher, em muitos casos ocorrendo também agressões gritantes à sua dignidade, sejam de ordem verbal ou física. A redução da mulher a apenas um número de leito ou chamamentos tais como “mãezinha”, “minha filha”, “dona Maria”, etc. são exemplos de tais práticas. A mulher deve sempre ser chamada pelo seu primeiro nome e tais expressões têm que ser evitadas. Atitudes agressivas, verbais ou físicas, são inadmissíveis por parte de qualquer membro da equipe. Manifestações de julgamento e censura em relação aos atos da mulher devem ser evitadas e a mesma deve ser encorajada a manifestar suas angústias e ansiedades, cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a dignifiquem como ser humano e cidadã plena de direitos.

Resgate das características fisiológicas e naturais do nascimento

A tendência do modelo atual de assistência de tratar a gravidez e o nascimento como uma doença, ao invés de uma expressão de saúde, tem sido criticada. Como resultado, deve-se dar uma maior ênfase no resgate das características fisiológicas e naturais do nascimento. A adoção de práticas desnecessárias deve ser evitada, já

que existe um grande corpo de evidências científicas demonstrando que a permissão para que o nascimento ocorra de acordo com suas características normais pode resultar em melhores resultados maternos e perinatais. A filosofia do “pior caso” deve ser evitada, pois apenas em raras ocasiões podem surgir complicações que justifiquem a adoção de determinadas práticas. A menos que haja desvios da normalidade, constatado através de controles materno-fetais periódicos, não se justifica qualquer tipo de intervenção neste processo.

Práticas baseadas em evidências científicas

Embora o parto e o nascimento sejam eventos normais e fisiológicos, podem ocorrer complicações tanto para a mãe quanto para a criança, algumas vezes fatais. Em vista disso, a busca desenfreada da segurança e de um nascimento “perfeito”, levou à introdução de novas práticas e tecnologias sofisticadas na assistência ao parto com a esperança de se obter um controle destas complicações. Na realidade, os avanços da medicina têm conseguido melhorias significativas nos indicadores de saúde materna e perinatal, principalmente nos países desenvolvidos. Entretanto, estes mesmos avanços podem ter contribuído para um aumento nos casos de litígio médico-legal, visto que para a população passou-se a idéia de que todos os eventos desfavoráveis poderiam ser evitados. Novas evidências científicas, por outro lado, têm demonstrado que tais técnicas têm sua limitação e muitas são aplicadas sem a devida validação por estudos científicos bem desenhados. O uso extensivo e rotineiro de tais tecnologias pode levar a um aumento nas taxas de intervenção sem as necessárias vantagens nos resultados. O Hospital deve adotar aquelas práticas validadas pela melhor evidência científica disponível, aliando a arte da atenção obstétrica com a ciência, visando um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o mínimo de intervenções necessárias.

Trabalho em equipe multidisciplinar

O trabalho integrado em equipe multidisciplinar, pedra angular da utilização racional dos recursos humanos disponíveis, também deve se tornar uma prática constante na assistência. Desta forma, pode-se utilizar plenamente as potencialidades de cada membro da equipe, de acordo com suas habilidades técnicas e legais, em benefício da clientela.

Custo-eficácia

Num ambiente de poucos recursos para a aplicação na assistência à saúde como o Brasil, principalmente no âmbito do SUS, é necessário que a assistência ao parto e nascimento seja fundamentada em bases que garantam os melhores resultados possíveis com o menor custo. A assistência deve-se organizar segundo o enfoque de risco, propiciando o uso racional dos recursos disponíveis, alocando mais para quem mais necessita. O uso de tecnologias, simples, baratas e baseadas em evidências científicas, pode significar em uma melhoria substancial nos indicadores de saúde materna e perinatal.

ASSISTÊNCIA DURANTE A ADMISSÃO

O parto e o nascimento são eventos fisiológicos normais. Para muitas mulheres, entretanto, o trabalho de parto pode ser um momento de medo, incerteza, excitação e ansiedade, assim como de antecipação. Todos devem ter em mente que as experiências vivenciadas pela mulher durante esse período permanecerão permanentemente gravadas em sua memória por toda a vida. No sentido de facilitar esse processo, a filosofia de cuidados deve enfatizar o respeito à mulher e sua família, assim como as suas escolhas, dentro dos limites técnicos da assistência. Os cuidados devem ser flexíveis e deve-se procurar sempre um ambiente de colaboração entre a equipe, a mulher e sua família.

Avaliação inicial

A mulher que se apresenta com suspeita de estar em trabalho de parto deve ser avaliada inicialmente na sala de admissão principalmente para diagnóstico de trabalho de parto. Deverão ser realizadas também as leituras do cartão de pré-natal, uma anamnese breve e exame clínico geral, além do exame obstétrico, para avaliação do risco obstétrico-neonatal.

Leitura do cartão de pré-natal

Da leitura do cartão de pré-natal se de deverá prestar atenção a:

- Antecedentes:
 - Clínicos
 - Obstétricos
 - Perinatais
 - Idade materna
 - Idade gestacional
 - Controle pré-natal
 - Ganho de peso e altura uterina
 - Patologias durante a gravidez

- Análise dos fatores de risco detectados

Anamnese

Como complemento do cartão de pré-natal e naquelas pacientes que não possuam outra fonte de informação deve-se proceder a um interrogatório para a avaliação dos fatores já relacionados além de se obter informações referentes a:

- Sintomas de parto
- Antecedentes ou dados omitidos no controle pré-natal
- Novas circunstâncias desde a última consulta

Devem-se interrogar dirigidamente os seguintes conteúdos:

- Identificação
- Antecedentes familiares e pessoais
- Antecedentes obstétricos e gravidez atual
- Riscos para não amamentar ou de fazê-lo num prazo insuficiente

Identificação

A identificação da mulher deve começar no primeiro contato com a mesma, devendo-se ser cordial e tratá-la sempre pelo primeiro nome. Apresentar-se se identificando pelo nome e profissão. Nesse momento também se deve procurar compreender as angústias e expectativas dela e do seu acompanhante que deve ser estimulado a participar da consulta.

Antecedentes familiares e pessoais

No quadro se analisam prováveis riscos de algumas patologias que podem se associar a riscos materno e feto-neonatal.

Patologia	Diabetes	Hipertensão	Cirurgia Uterina	Cardiopatía
Risco materno no parto	Traumatismo obstétrico. Descompensação metabólica	DPP Acidente vascular cerebral. Eclâmpsia sobreposta	Ruptura uterina Maior frequência de intervenções obstétricas	Insuficiência cardíaca Edema agudo de pulmão Endocardite bacteriana
Risco feto-neonatal	Malformações Macrossomia Infecção neonatal Hipoglicemia	CIUR Sofrimento fetal agudo	Derivado do risco materno Traumatismo obstétrico	CIUR Prematuridade Sofrimento fetal agudo Depressão neonatal

Antecedentes obstétricos e gravidez atual

- Antecedentes de recém nascidos (RN) de baixo peso
- Idade < 15 anos
- Período intergestacional curto
- Baixo peso e ganho insuficiente de peso materno
- Gestação múltipla
- Hipertensão e pré-eclâmpsia
- Cardiopatia
- Infecção urinária e outras infecções
- Hemorragias da gravidez
- Anemia crônica
- Controle pré-natal inadequado
- Etc.

Riscos para não amamentar ou de fazê-lo num prazo insuficiente

- Falta de experiência anterior com a prática da amamentação;
- Desmame precoce do filho anterior;
- Intenção de não amamentar ou fazê-lo num prazo insuficiente;
- Mãe adolescente (menores de 20 anos de idade);
- Trabalho fora de casa;
- Aquisição de mamadeiras, chucas, bicos e chupetas;
- Atitudes negativas do pai ou outros familiares, relativas à amamentação;
- Insucesso familiar na prática da amamentação por fatores diversos;
- O fato de a mulher considerar o leite artificial sem risco para a saúde de seu filho;
- Problemas anteriores ou atuais com a mama;
- Gravidez indesejada, não aceitação da criança;
- Sentimento de rejeição pela família, em alguma fase da vida, principalmente pelos pais.

Exame Clínico Geral

- Avaliar o estado geral da gestante, tanto físico como psíquico.
- Avaliar funções vitais da gestante.
- Descartar patologia que aumenta o risco de parto

- O exame clínico deve ser efetuado por médico ou enfermeira capacitada para poder avaliar apropriadamente os principais sinais de patologias de risco, tais como:
 - Síndrome hipertensiva
 - Choque
 - Infecção grave
 - Anemia grave
 - Cardiopatia, etc.

Para avaliá-los, deve-se explorar os seguintes aspectos:

Inspeção de pele e mucosas

Sinal	Transtornos que sugere
- Palidez	- Anemia - Choque
- Cianose	- Transtornos cardiovasculares ou respiratórios - Choque
- Hidratação	- Desidratação - Abdome agudo - Diabetes descompensado
- Edema	- Insuficiência cardíaca - Transtornos renais
- Lesões dérmicas	- Herpes genital

Pressão arterial

As síndromes hipertensivas detectadas podem corresponder à hipertensão arterial crônica e/ou induzida pela gravidez (hipertensão gestacional transitória, pré-eclâmpsia/eclâmpsia). Na presença de hipertensão, deve investigar-se:

- Cefaléia
- Enjôo ou vertigem
- Perda da consciência
- Convulsões
- Transtornos visuais (escotomas, amaurose)
- Transtornos auditivos
- Oligúria
- Dor abdominal

Examinar diretamente:

- Reflexos tendinosos (patelar)

- Palpação abdominal (as dores no hipocôndrio direito ou a hepatomegalia são sinais graves)

Ver guia para a conduta adequada nos casos de síndromes hipertensivas da gravidez.

Em caso de hipotensão deve-se investigar:

- Hemorragia genital
- Hipertonia uterina
- Palidez e/ou cianose
- Pulso taquicárdico e fraco
- Pele fria e sudorese

A presença de qualquer um destes sintomas deve alertar sobre a possibilidade de instalação de um choque. Ver manual de urgências e emergências maternas para conduta adequada.

No caso de hipotensão sem sinais de choque:

- Admitir para atenção segundo normas de risco habitual
- Colocar a grávida em decúbito lateral esquerdo
- Administrar hidratação oral
- Controlar com maior frequência pressão arterial, pulso e frequência cardíaca fetal

Pulso

A frequência normal do pulso na gravidez de termo é de 60 a 90 pulsações por minuto. Constata-se por meio da palpação digital da artéria radial sobre o punho, durante um minuto.

Interpretação:

- Normal 60-90 pulsações por minuto
- Bradicardia <60 pulsações por minuto
- Taquicardia >90 pulsações por minuto

Conduta: As alterações devem ser avaliadas em conjunto com outros achados do exame físico.

Temperatura

A presença de febre pode ser sinal de infecção grave ou de processos pouco importantes que não alteram o risco do parto. Deve-se, portanto, investigar outros sintomas que possam orientar para a origem da febre:

- Antecedentes de ruptura de membranas
- Perda de líquido amniótico
- Tosse, dispnéia, expectoração
- Dor abdominal (diferente de contrações)
- Edema, dor e enrijecimento de extremidades inferiores.

Qualquer destes sugere infecção grave, infecção ovular, pneumopatia, abdome agudo, ou sepsis (se a febre está associada a outros sinais de choque), tromboflebite.

Registro da temperatura: Colocar o termômetro na axila ou reto, durante 3 minutos.

Interpretação:

- Normal: até 37° C (axilar)

As temperaturas maiores devem ser consideradas hipertermia.

Conduta: Quando se constata sintomas e sinais de infecção grave atuar segundo normas do [manual de urgências e emergências maternas](#). Quando os achados sugerirem problema pouco importante:

- Admitir para atenção segundo normas de baixo risco
- Controlar temperatura, pulso e outros sinais ou sintomas a cada 2 horas
- Administrar hidratação oral
- Iniciar tratamento dirigido à correção das causas.

Peso

O peso atual deve ser avaliado mediante uma Tabela de Peso/Altura/Idade gestacional considerando a variação do peso materno ao longo da gravidez. O peso materno insuficiente e aumento escasso durante a gravidez, se relacionam com crescimento intra-uterino retardado (CIUR); pelo que devem ser explorados adequadamente. O aumento brusco e exagerado do peso materno pode dever-se a

pré-eclâmpsia e deve ser valorizado com a pressão arterial e os sinais e sintomas já descritos. A conduta frente ao peso deverá ser adotada de acordo com outros achados do exame clínico. [Ver manual técnico de assistência pré-natal do Ministério da Saúde para valores de peso normais durante a gestação.](#)

Exame clínico por sistemas

Devem ser aplicadas as técnicas semiológicas habituais de acordo com a capacitação do examinador.

Conduta: Quando se está na presença de sintomas ou sinais que sugerem outras patologias (cardiopatia, anemia severa, etc.) deve-se atuar segundo normas de alto risco.

Exame obstétrico

O exame obstétrico é parte essencial da avaliação da gestante em suspeita de estar em trabalho de parto e deverá sempre ser realizado para também se confirmar diagnóstico de trabalho de parto e avaliar o risco materno-fetal para o parto e o recém-nascido.

Palpação abdominal:

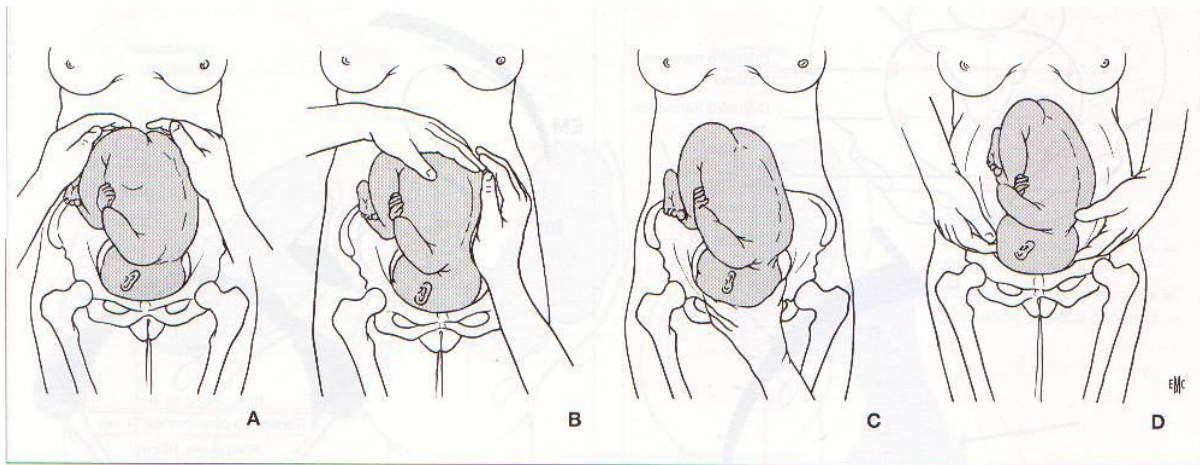
Determinar:

- Volume uterino
- Número de fetos
- Situação
- Apresentação
- Posição e tamanho fetal
- Quantidade de líquido amniótico
- Encaixe da apresentação

A palpação abdominal deve ser realizada através das manobras de Leopold:

- **Primeira manobra:** Palpa-se o fundo uterino procurando identificar o pólo fetal que o ocupa. Normalmente encontram-se as nádegas. O rebote cefálico nesse nível indica apresentação pélvica que deve ser confirmada através do exame genital.

- **Segunda manobra:** Palpa-se os flancos da mãe para se determinar a situação e posição do dorso fetal. Nos casos de situação transversa palpam-se os pólos.
- **Terceira manobra:** Permite palpar o pólo fetal que se apresenta, que normalmente é o cefálico. Isto pode ser confirmado pela manobra do rechaço e pelo exame genital.
- **Quarta manobra:** Permite avaliar o encaixamento da apresentação na pelve e a flexão. Se os dedos são introduzidos em uma escavação vazia, deve suspeitar-se de situação transversa.



Manobras de Leopold

A suspeita de desproporção feto-pélvica deve ser confirmada pela pelvimetria interna através do exame genital.

Altura uterina (ver manual técnico de assistência pré-natal do Ministério da Saúde para técnica de medida da altura uterina)

Avaliar:

- Idade gestacional
- Peso fetal
- Tamanho e crescimento fetal

Conduta: A suspeita de baixo peso fetal, prematuridade, gestação múltipla, apresentação anômala e polihidrâmnios determina atenção segundo normas de alto risco.

Ausculda da frequência cardíaca fetal

Determinar vitalidade fetal

Estimar bem-estar fetal

Verificar a possibilidade de:

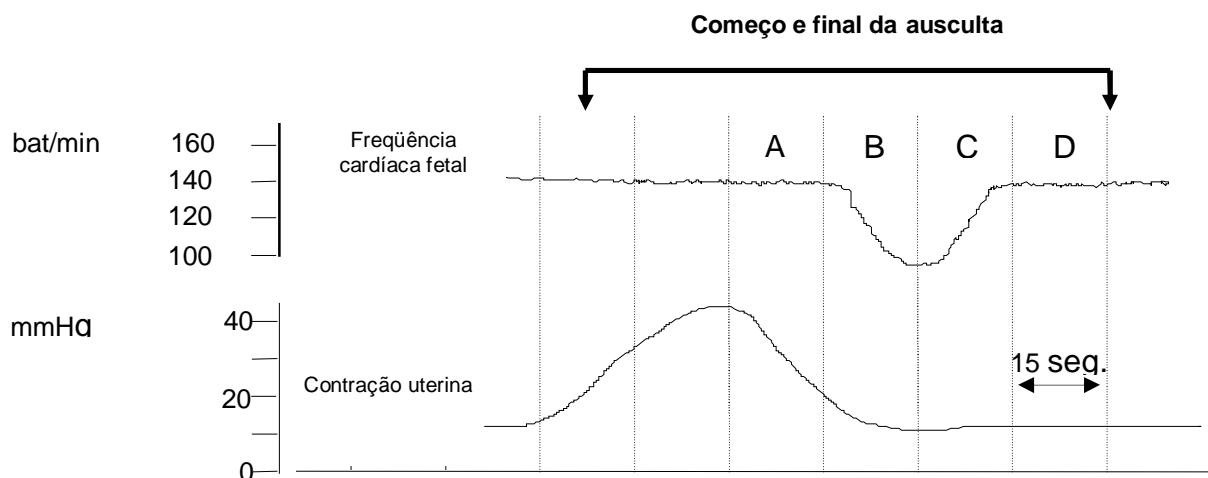
- Morte fetal
- Depressão ao nascer
- Morbidade neonatal
- Morte neonatal

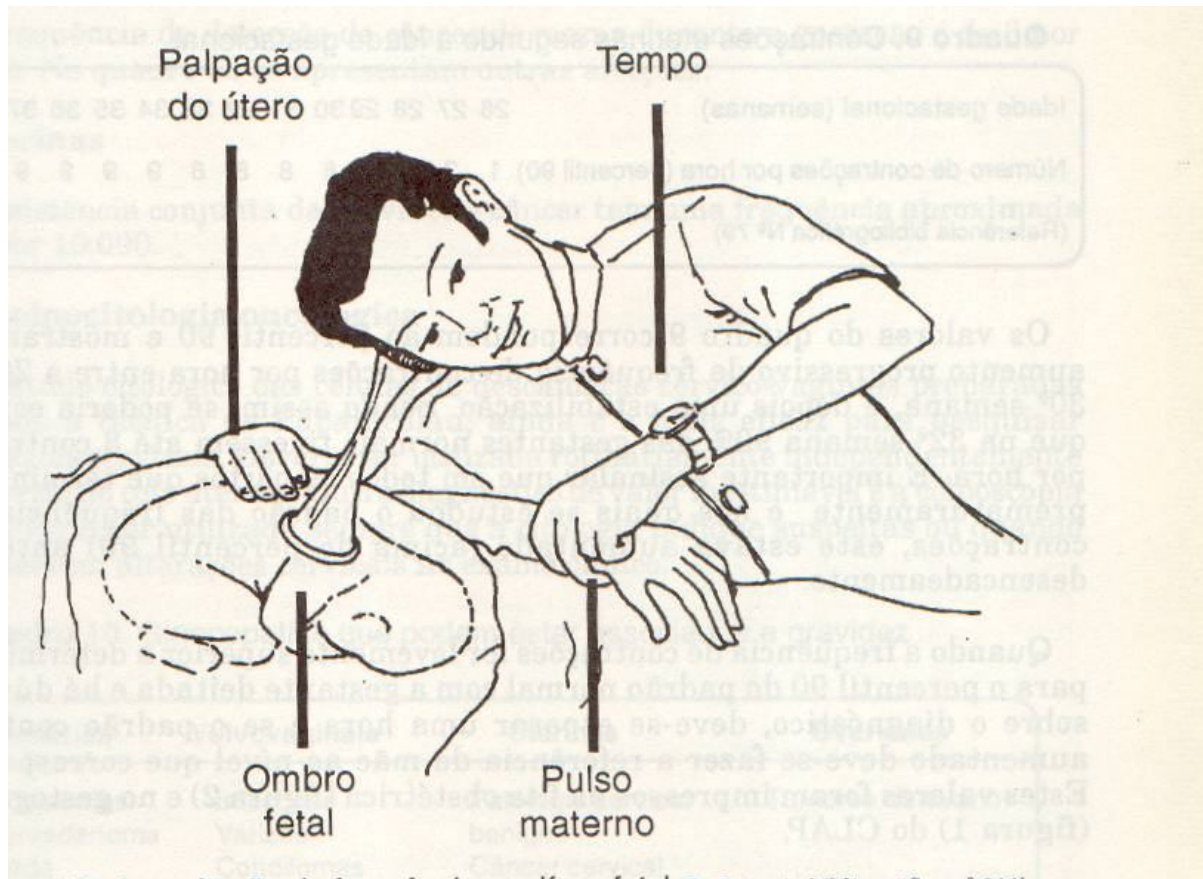
Se existem fatores de risco, deve-se extremar o cuidado na ausculta da FCF.

Com a técnica de ausculta clínica ou por sonar Doppler deve empregar-se o seguinte método para detectar quedas na FCF:

- Entre contrações se determina a FCF basal. Auscultar durante 15 segundos e multiplicar o valor por 4.
- Durante a contração e imediatamente depois dela, se pesquisam variações. Auscultar desde o começo até 30 segundos depois de terminada, em períodos de 15 segundos. Multiplicar o valor por 4 compará-los entre si e com a FCF basal.
- Em situações de muito movimento auscultar a FCF por 30 segundos, iniciando imediatamente após a contração.

Método para detectar quedas da FCF durante e depois das contrações quando se utiliza a ausculta clínica.





Técnica para a ausculta fetal

INTERPRETAÇÃO DA FCF:

FCF basal (entre contrações):	
Normal	Entre 120-160 bat./min
Alerta (hipóxia leve)	Entre 110 - <120 bat./min. (bradicardia). Acima de 160 bat./min. (taquicardia)
Anormal (hipóxia)	FCF < 110 bat./min. (bradicardia)
FCF associada às contrações:	
Normal.	Sem variação significativa e com presença de acelerações transitórias. Desaceleração precoce sincrônica com a contração uterina.
Alerta	Presença de desacelerações de duração, amplitude e momento de começo variável (possível patologia de cordão).
Anormal (possível hipóxia)	Desacelerações de início tardio em relação a CU e recuperação depois que esta já terminou. Seu valor mínimo é alcançado entre 20 a 60 segundos depois do acme da contração. Bradicardia persistente. Desaceleração iniciada com a contração que não se recupera uma vez iniciada esta.

Conduta: Quando se registra bradicardia persistente ou desacelerações tardias o parto deve ser conduzido segundo normas de alto risco com comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso. A bradicardia leve, a taquicardia e as desacelerações variáveis são situações de alarme ante as quais deve-se extremar a vigilância da FCF, com a mãe em decúbito lateral esquerdo. Ver protocolo de conduta para as situações de anormalidades da frequência cardíaca fetal.

Padrão de contratilidade uterina

Deve-se determinar o padrão de contratilidade uterina pela apreciação do tonos, frequência, duração e intensidade das contrações e o momento em que a mãe começou a perceber a intensificação de algum destes parâmetros.

Considerar os seguintes parâmetros:

Tonos	pressão mais baixa entre as contrações.
Frequência	número de contrações em 10 minutos.
Duração	tempo transcorrido desde o início até o fim da contração.
Intensidade	a diferença entre a pressão máxima alcançada pela contração e o tonos.

Para que as contrações sejam percebidas, sua intensidade deve ultrapassar um certo valor (limiar de percepção por palpação). Em condições normais, o valor médio do limiar de percepção por palpação é de 10 mmHg acima do tonos normal da pressão amniótica.

MÉTODO		Tonos	Freqüência (Contraç./10min.)	Duração (Segundos)	Intensidade
Pressão intra-uterina	normal	8 - 12 mmHg	2 a 5 (alerta 6 - 7)	30 - 60	30 -70 mmHg
	anormal	> 12 mmHg	< 2 > 7	< 30 > 60	> 70 mmHg (hipersistolia)
Clínico	normal	Palpam-se partes fetais. útero se deprime entre contrações.	2 a 5	20 -50	O útero não se deprime no acme da contração.
	anormal	Hipertonia. Impossível palpar partes fetais. Dor.	> 7	> 50	Hipersistolia. Útero não se deprime em momento algum da contração

Técnica: Palpação abdominal: O controle clínico das contrações uterinas se deve realizar por períodos não menores que 10 minutos, colocando a mão estendida no abdome da mãe sobre o corpo uterino, sem estimulá-lo.

Conduta:

Contratilidade normal:

- Admitir a mãe para atenção segundo normas de baixo risco
- Observar o progresso do parto.

Hiperdinamia primitiva (Hipertonia, Taqui ou Hipersistolia):

- Colocar a parturiente em decúbito lateral esquerdo.
- Iniciar inibição uterina com salbutamol ou terbutalina na dose de 0,25 mg por via subcutânea ou endovenosa lenta diluída em 10 ml de água destilada.

Hiperdinamia secundária:

- Além do anterior, pesquisar causa.

Quando estas medidas não são suficientes para controlar o quadro, assistir a mãe segundo normas de alto risco, comunicando imediatamente ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.

Hipodinamia primitiva (Bradissistolia, Hipossistolia):

- Observar o progresso do parto.
- Aplicar estimulação ocitócica se não houver progresso. Ver normas para uso adequado de estimulação ocitócica no trabalho de parto.

Exame genital

Toque vaginal

Avaliar:

- Amplitude e elasticidade das partes moles
- Dilatação, apagamento e posição do colo
- Integridade das membranas ovulares
- Hemorragias genitais
- Apresentação, variedade de posição e altura
- Proporção feto-pélvica

Técnica: O exame genital deve ser efetuado com a bexiga vazia com a paciente em posição ginecológica com sacro bem apoiado na mesa

Procedimento:

- Inspeção dos genitais externos (lesões, varizes, perda de secreções, tumores, etc.)
- Em caso de perda de líquido ou sangue pelos genitais, deve-se avaliar sua procedência e magnitude por exame especular prévio ao toque vaginal.
- Assepsia genital.
- Luvas estéreis.
- Separar os pequenos lábios com os dedos polegar e anular da mão. Inspeccionar o intróito.
- Realizar o toque fora das contrações.
- Introduzir horizontalmente os dedos indicador e médio da mão na direção do eixo vaginal, com os dedos anular e mínimo flexionados e o polegar estendido.
- Palpar com a superfície palmar dos dedos.
- Manter o antebraço em posição horizontal.
- Apoiar o fundo uterino com a mão externa.
- Não retirar os dedos até haver completado o exame.
- Ao retirar os dedos, comprovar se o reto está vazio.
- Avaliar a possível presença de mucosidade, líquido ou sangue, na luva.

Avaliar sucessivamente:

- Amplitude de vulva e vagina.
- Elasticidade vagino-perineal.
- Posição cervical (anterior, centralizado, posterior)
- Consistência, apagamento e dilatação cervical.
- Estado das membranas.
- Apresentação e grau de encaixamento.
- Variedade de posição.
- Avaliação da proporção feto-pélvica.
- Arco sub-púbico.
- Diâmetro bi-isquiático.

Segundo o momento do trabalho de parto em que se realiza o exame, alguns destes parâmetros podem não ser possíveis de serem avaliados.

Exame especular

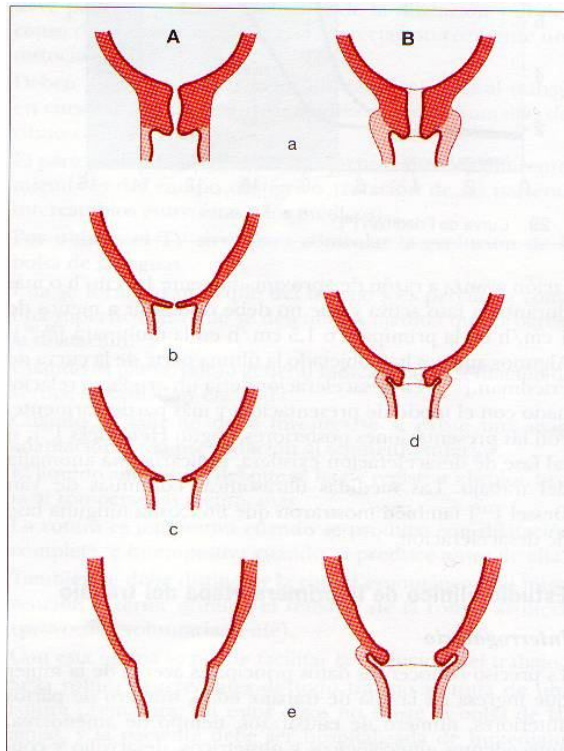
- Separar os pequenos lábios.
- Introduzir o espéculo fechado, dirigindo-o obliquamente para trás, deprimindo ligeiramente o períneo.
- Abrir o espéculo e observar:
- Colo uterino,
- Membranas ovulares,
- Cor e quantidade de líquido amniótico que se visualiza através das membranas ou por perda de líquido (em caso de membranas rotas),
- Sangue, etc.

Avaliação da amplitude, elasticidade e obstáculos do canal de parto.

Não constituem habitualmente obstáculos para o parto, porém a falta de elasticidade e amplitude podem prolongar sua duração.

Quando existem estes obstáculos podem-se associar com:

- primigesta adolescente ou madura
- hipertrofia da musculatura perineal
- estenoses cicatriciais



- tumores do útero, colo, vagina ou vulva (condilomatose massiva, cistos, tumor prévio, etc.).
- septos vaginais transversais
- persistência do hímem

Dilatação, apagamento e posição do colo

O apagamento e a dilatação cervical se produzem por efeito das contrações e modificações bioquímicas do colo ao final da gravidez. O apagamento é a redução da longitude do canal cervical. Ao completar-se o apagamento, o orifício cervical externo se confunde com o

interno. Habitualmente, a primigesta completa o apagamento antes de se iniciar a dilatação. Na múltipara os processos são simultâneos. O apagamento se descreve indicando a longitude do canal endocervical, em valores absolutos (1 a 4 cm), ou em porcentagem (0 a 100 %). A dilatação é a ampliação transversal do colo uterino que varia entre alguns milímetros até 10 cm. A dilatação se mede introduzindo os dedos exploradores pelo orifício cervical e separando-os até tocar as bordas do colo. No colo imaturo, o orifício cervical externo se encontra geralmente no fundo de saco posterior. Ao amadurecer, sua posição muda e se torna centralizado. Comparar o exame realizado com o dilatômetro para confirmar sua exatidão. Na figura o esquema demonstra a dilatação cervical na primípara (A) e na múltipara (B). a – colo antes do trabalho de parto; b – apagamento completo do colo; c – começo da dilatação; d – apagamento e dilatação simultâneos; e – dilatação cervical completa.

Mesmo com contrações normais, algumas condições podem dificultar a dilatação e o apagamento:

- estenose cervical (endocervicite)
- cicatrizes cervicais (conização, lacerações)
- edema cervical

Estas são situações pouco freqüentes que podem deter o progresso do parto. A posição posterior do colo pode prolongar o trabalho de parto, posto que pela compressão do lábio anterior entre a apresentação e o púbis pode-se produzir edema cervical.

Estado das membranas

A presença de uma bolsa muito protusa ou em relógio de areia, deve-se suspeitar de:

- desproporção feto-pélvica
- apresentação cefálica deflexionada
- situação ou apresentação distócica

Diante do relato de eliminação de líquido pelos genitais, verificar a integridade das membranas durante o exame genital que pode se confirmar simplesmente, ao ver-se líquido fluindo pela vulva. Deve ser feito o diagnóstico diferencial com emissão involuntária de urina. O líquido emitido é transparente e de odor característico, seminal ou a hipoclorito de sódio; pode ter cor amarelada ou esverdeada (mecônio), ou purulento, se há infecção ovular. Quando a perda de líquido não é evidente, procede-se a um exame especular com mobilização do pólo fetal para a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical. Pode-se coletar pequena quantidade de secreção vaginal, no fundo-de-saco, e verificar em microscópio após secagem pelo calor. A presença de cristalização, em folha de samambaia, confirma a ruptura de membranas.

A ruptura prematura das membranas (RPM) ovulares é o quadro caracterizado pela ruptura espontânea das mesmas antes do começo do trabalho de parto.

O período de latência é o tempo transcorrido entre o momento em que se produz a ruptura e o parto. Quando maior que 24 horas, a ruptura se define como prolongada.

Quando a RPM se produz em gestações de termo, o trabalho de parto se inicia espontaneamente dentro das primeiras 24 horas em mais de 80% dos casos.

As principais complicações das gestações com RPM são: a infecção ovular (6% com RPM < 24 horas e 30% com RPM > 24 horas) e a prematuridade. Ambas multiplicam o risco perinatal.

Na presença de perda de líquido amniótico, a avaliação deve ser rápida para decidir o nível apropriado de assistência.

Perda de secreções ou sangue pelos genitais

Avaliar:

- Momento de aparição
- Quantidade
- Características: aspecto, cor, odor, etc.

Se o motivo da consulta não é a percepção de contrações, mas sim a perda de secreções por via genital, se deve extremar o cuidado da exploração. Estas perdas podem corresponder a:

- Tampão mucoso
- Secreções purulentas
- Líquido amniótico
- Urina
- Sangue

Se a mãe não traz cartão de pré-natal, deve constatar-se se fez controle, número de consultas efetuadas e qualquer informação complementar referente ao mesmo.

Perguntar percepção atual de movimentos fetais e se há mudanças em sua frequência ou intensidade.

Tampão mucoso: secreção espessa e sanguinolenta cuja emissão obedece ao começo da dilatação e ao apagamento do colo uterino.

Secreções purulentas: devidas a:

- processos infecciosos na vulva, vagina ou colo
- infecção ovular

Os processos infecciosos da vulva, vagina e colo, são habitualmente banais e não aumentam o risco, ao contrário da infecção ovular. Deve constatar-se a integridade das membranas e precisar a origem da secreção mediante exame especular.

Sangue: Pode dever-se a pequenos sangramentos associados à dilatação cervical; porém toda perda sangüínea pelos genitais deve ser avaliada adequadamente; principalmente se seu volume é abundante.

As hemorragias graves constituem uma situação de alto risco. Aproximadamente metade das hemorragias ao termo da gestação são devidas a:

- placenta prévia
- descolamento prematuro da placenta (DPP).

Outras causas menos freqüentes de hemorragia, são as patologias cervicais (5%, incluindo o câncer cérvico-uterino) e ruptura uterina. Nos casos restantes, não se pode diagnosticar a origem da hemorragia.

Na presença de hemorragia, a avaliação deve ser rápida para decidir o tipo adequado de assistência.

Avaliação da apresentação

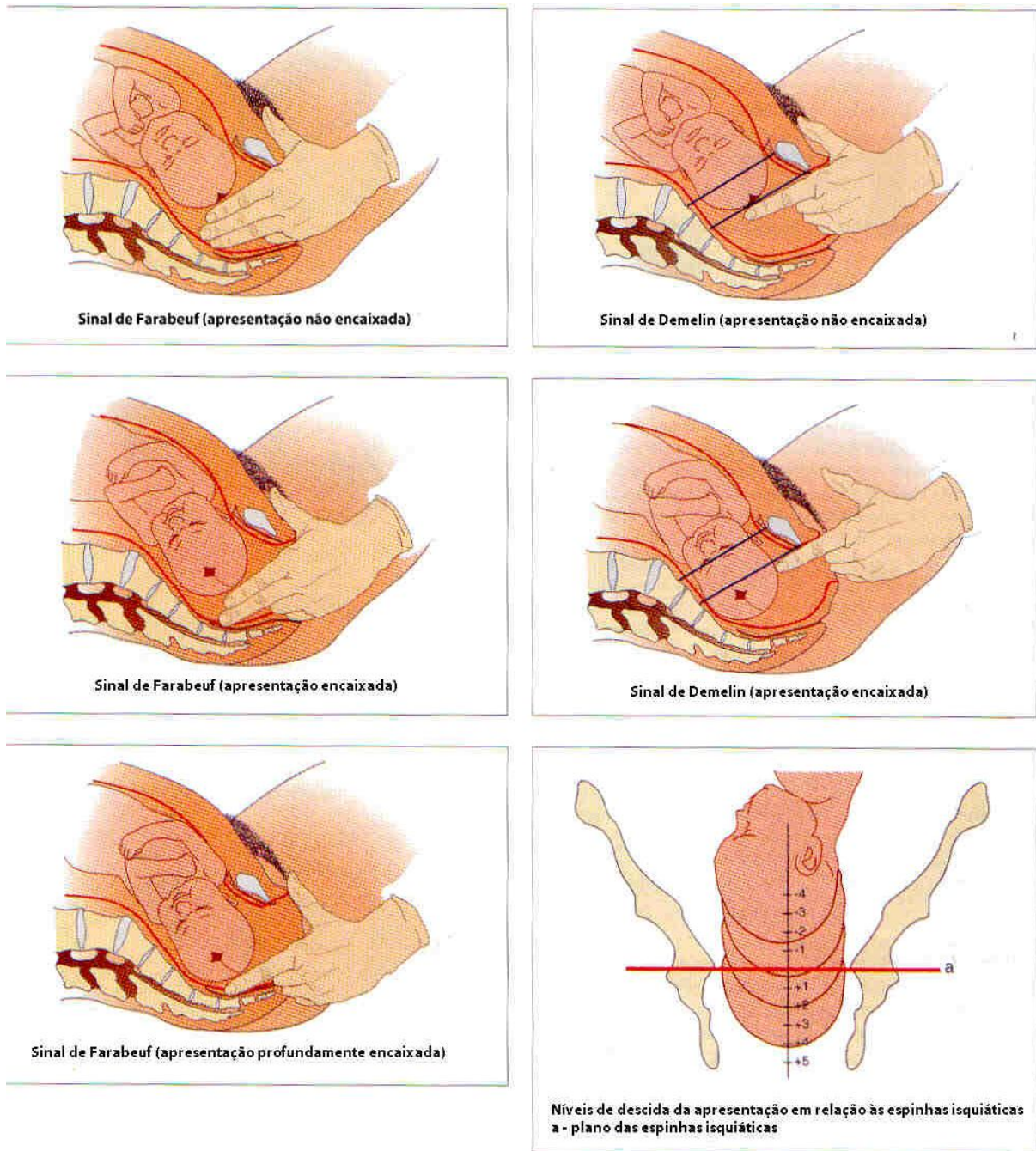
O toque vaginal permite identificar a apresentação. Se se toca um pólo duro e regular e este corresponde com a identificação do pólo cefálico por manobra de Leopold, pode concluir-se que a apresentação é cefálica. Se se encontra a escavação vazia ou um pólo volumoso mole e irregular e a palpação abdominal mostra rechaço no fundo ou em um dos flancos, deve-se suspeitar de uma apresentação podálica ou uma situação transversa e, portanto, o parto é de alto risco.

Altura e variedade de posição na apresentação cefálica de vértice

O progresso do parto se avalia pelo grau de encaixamento da apresentação, além da contratilidade e da dilatação cervical. Habitualmente, as nulíparas iniciam o trabalho de parto com a cabeça fetal encaixada e a descida se acelera ao final da dilatação. As multíparas iniciam a dilatação com a cabeça insinuada ou fixa até a dilatação completa, sucedendo-se no período expulsivo o encaixamento e a rotação. Várias técnicas podem ser utilizadas para se determinar o grau de encaixamento do pólo cefálico. No sinal de Farabeuf quando a cabeça se encontra encaixada, somente se poderá introduzir dois dedos entre o pólo fetal descendente e o plano sacrococcígeo. No sinal de Demelin a cabeça fetal está encaixada quando o dedo

indicador, introduzido perpendicularmente à face anterior da sínfise púbica e paralelamente à sua borda inferior, choca-se contra a apresentação.

Também se pode determinar a altura da apresentação no canal de parto, tendo como referência as espinhas isquiáticas. Quando o ponto mais baixo da apresentação se encontra no mesmo nível das espinhas isquiáticas, designa-se plano 0 (zero). Acima ou abaixo das espinhas, o canal de parto pode ser dividido em quintos, correspondendo à medida em centímetros, ou seja, 5 cm. acima e abaixo. Deste modo, à medida que a apresentação desce da borda superior do púbis em direção às espinhas, designam-se os planos em -5, -4, -3, -2, -1 e depois 0. Ao ultrapassar as espinhas em direção ao períneo, os planos são designados em +1, +2, +3, +4 e +5. Dividindo o canal de parto em terços acima ou abaixo das espinhas, temos os planos -3, -2, -1, 0, +1, +2 e +3, correspondendo, respectivamente à descida da apresentação da borda superior do púbis até o períneo. No registro da altura da apresentação deve-se identificar o método de avaliação, colocando-se no numerador o plano e no denominador o sistema utilizado. Ex.: -5/5, -4/5, -3/5, -2/5, -1/5, 0, +1/5, +2/5, +3/5, +4/5, +5/5 e -3/3, -2/3, -1/3, 0, +1/3, +2/3, +3/3.



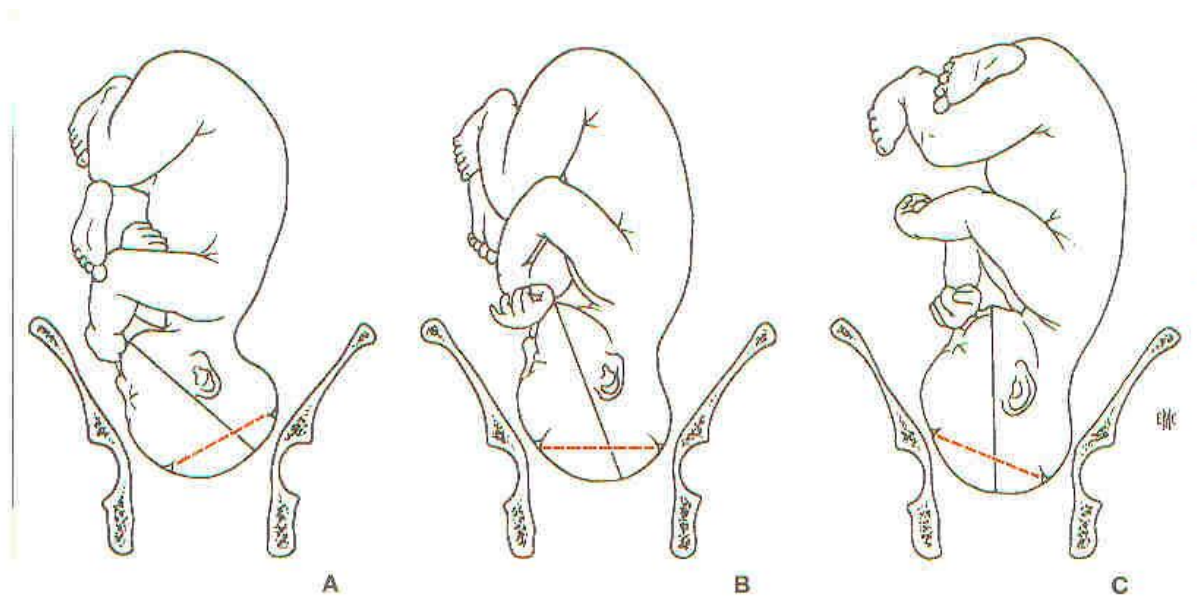
Produzem retardo na descida da cabeça fetal as variedades posteriores, as deflexões e os graus limite de proporção feto-pélvica.

A variedade de posição se define pela relação entre um ponto de reparo fetal (fontanela posterior) e a hemipelve materna.

Para fazer o diagnóstico em apresentação de vértice deve-se identificar a sutura interparietal com o dedo que toca e segui-la até encontrar a fontanela posterior, menor, occipital ou lambdóide que se identifica por sua forma triangular e menor

tamanho, da anterior, fronto-parietal ou bregmática, de forma quadrangular e maior tamanho.

A identificação da fontanela posterior permite, além do mais, apreciar o grau de flexão da cabeça fetal. Quanto menor for a deflexão mais central se encontrará a fontanela.





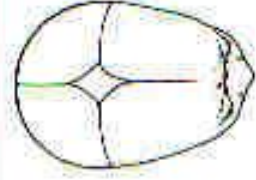


Apresentação de vértice: graus de flexão da cabeça (materializados pelo diâmetro supraoccipitomentoniano, linha contínua, e o occipitobregmático, linha pontilhada). A – Flexão moderada (uma deflexão complementar levaria a fontanela maior ao centro da pelve, gerando uma apresentação de bregma). B – Flexão avançada. C – Flexão completa (o diâmetro da cabeça fetal é o suboccipitobregmático).

Se for impossível tocar a fontanela posterior e se encontra a fontanela anterior, é possível que a deflexão seja extrema e se trate de apresentação de bregma, fronte ou face, situação de risco que requer assistência correspondente com médico obstetra assumindo a condução do caso.

Na apresentação de frente podem reconhecer-se os arcos orbitários, os olhos e o nariz. O diâmetro oferecido é o mento-occipital (13,5 cm), o maior pólo cefálico, pelo qual o parto em condições normais, é impossível.

A apresentação de face é o grau máximo de deflexão. Associa-se a pelve plana e más-formações fetais. Diagnostica-se pela identificação dos arcos ciliares, olhos, nariz, boca e mento ao toque por via vaginal.

	Bregma	Fronte	Face
Posição fetal			
Percepção ao toque vaginal			
Grau de deflexão da cabeça fetal	1/3	2/3	3/3

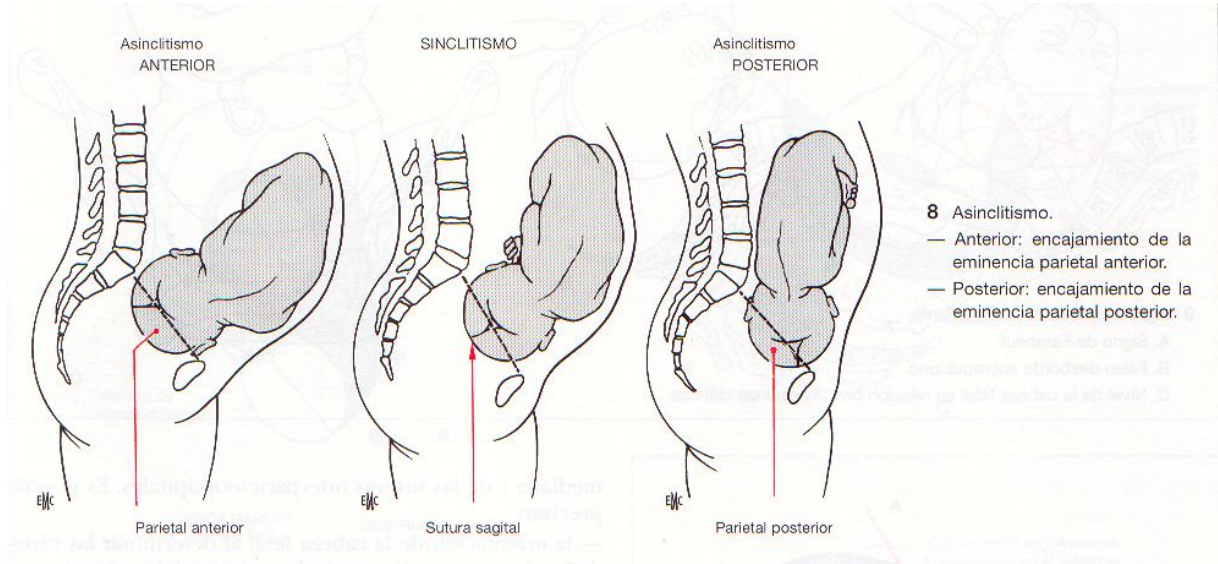
Conduta: As apresentações distócicas devem ser assistidas segundo normas de alto risco.

Avaliação da proporção feto-pélvica e a capacidade da pelve materna

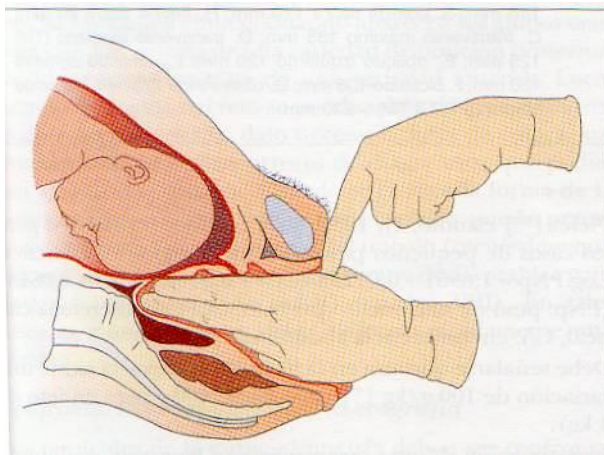
Antes do parto os diâmetros da cabeça fetal são susceptíveis de estimação clínica aproximada, pela avaliação da altura uterina e o tamanho fetal e a relação da cabeça fetal com o plano do estreito superior. Os diâmetros e o tipo de pelve devem ser avaliados apropriadamente mediante toque vaginal.

Se a apresentação está encaixada é boa prova de proporção para este feto em particular.

Se a proporção é moderadamente ajustada não é obstáculo para o parto se ocorre o encaixamento, porém o curso do mesmo pode ser lento e com maior freqüência de deflexão e assinclitismo (pelve limite).



A desproporção, além de impedir o parto vaginal, se associa a membranas protusas e ao risco de prolapso de cordão.



A avaliação da pelve se efetua tratando de tocar o promontório com o dedo médio. Quando se consegue, se fixa a borda radial do indicador contra a sínfise e se assinala esse ponto de contato. A medida entre esse ponto e o vértice do dedo médio é a Conjugada Diagonal ou diâmetro promonto-subpúbico, superior 1,5 cm à Conjugada Obstétrica ou promonto-retropúbico.

Posto que o diâmetro biparietal (D.B.P.) fetal ao termo é de 9,5 cm. se compreende que se esta conjugada obstétrica supera os 9,5 cm., faz possível o parto vaginal a termo. Em pelves normais, não se toca ou se toca com grande dificuldade o promontório.

Devem ser considerados no exame:

- amplitude da vagina e vulva
- relaxamento perineal
- longitude dos dedos do examinador

Se o promontório for tocado, deve-se suspeitar de estreitamento, que deve ser confirmado com a medida descrita.

Uma vez completo o exame genital, a valorização de todos os dados permite:

- fazer diagnóstico de trabalho de parto
- avaliar o risco para decidir se é um parto de risco habitual ou de alto risco.
- admitir ou referir segundo condições específicas da parturiente.

Diagnóstico do trabalho de parto e critérios para admissão

O diagnóstico de trabalho de parto é um processo dinâmico, devendo haver contrações uterinas rítmicas e regulares, apagamento e dilatação cervical progressivas. De preferência, a gestante só deve ser admitida quando estiver na fase ativa do trabalho de parto que, segundo o CLAP (Centro Latino-americano de Perinatologia), se define quando a mesma estiver com dilatação cervical entre 4 e 5 cm. Segundo a SOGC (Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Canadá) a fase ativa é definida quando o colo estiver dilatado 3-4 cm e 80 a 90 % apagado em uma primípara ou 4-5 cm e 70 a 80 % apagado em uma múltipara. As mulheres que não satisfizerem esses critérios deverão ser orientadas sobre a sua situação e, se residirem próximo ao Hospital, deverão retornar às suas casas e retornarem quando houver intensificação da frequência e intensidade das contrações uterinas. Nas demais situações, a mesma será admitida em regime de observação por 2 a 3 horas para se confirmar o progresso do parto.

Conduta: Após a avaliação inicial, não havendo achados patológicos, a gestante será admitida, de acordo com os critérios acima, para atenção segundo normas de baixo risco.

Deverá ser assistida segundo normas de alto risco, a parturiente que apresentar uma ou mais das seguintes particularidades:

- Parto induzido
- Trabalho de parto disfuncional

- Hipertensão materna
- Hemorragia
- Gestação pós-data (42 sem. ou mais)
- Diabetes
- Gestação múltipla
- Prematuridade
- Oligohidrânio
- Crescimento Intrauterino Restrito
- Cardiopatias
- Lúpus
- Anormalidades da Frequência Cardíaca Fetal
- Mecônio moderado a espesso
- Apresentações anômalas
- Cardiopatia congênita fetal
- Pelve estreita ou assimétrica
- Desproporção feto-pélvica suspeita ou evidente
- RPM > 24 horas ou com sinais de infecção ou < 37 semanas
- Septos vaginais (transversos, estenóticos) e outros obstáculos do canal de parto (tumor prévio, grandes cistos, estenoses vaginais).
- Outras condições, agudas ou crônicas, da mãe e da criança

Preparo da gestante para o parto

A gestante deverá ser preparada para o parto da seguinte maneira:

- Orientação sobre o trabalho de parto
- Banho de chuveiro, incluindo asseio cuidadoso abdomino-perineal com água e sabão
- Uso de vestimenta folgada e limpa. Se a mesma preferir, será permitido que use seu próprio vestuário.

- Não há necessidade de realização de enema evacuante de rotina. Entretanto, se a mulher manifestar desejo de sua realização, depois de informada, o mesmo deverá ser realizado ou então sugerir o uso de supositório de glicerina. Se no exame genital constatar-se a presença de fezes na ampola retal solicitar à mulher para eliminação voluntária ou utilizar enema ou supositório se a mesma preferir.

ASSISTÊNCIA DURANTE O PERÍODO DE DILATAÇÃO

A atenção humanizada ao parto procura:

- Vigiar o transcurso do mesmo
- Não interferir com aspectos fisiológicos e psicológicos, evitando manobras e intervenções desnecessárias
- Promover a participação ativa da parturiente e membro do grupo familiar que a acompanha.
- Fornecer apoio psíquico-físico à mulher
- Promover contato precoce mãe-filho
- Incentivar o aleitamento materno

Educação da parturiente

Esta deve iniciar-se desde o controle pré-natal e deve ser reforçada em cada contato do pessoal com a mãe que, além do mais deve receber uma atenção tranqüilizadora, sem estridência nem ansiedade. Inclui a promoção da participação do cônjuge ou outro membro do grupo familiar no parto. Uma vez iniciado este processo, deve incluir os seguintes conteúdos:

- Informação sobre o trabalho de parto
- Recomendações sobre sua participação ativa e a do familiar
- Importância da posição vertical e deambulação para o período de dilatação
- Importância da hidratação oral durante o trabalho de parto
- Importância do aleitamento materno e cuidados com as mamas

A informação que se dá à mãe deve ser verídica e deve contribuir para que se espere um trabalho de parto que se desenvolva sem ansiedade. A linguagem utilizada deve ser apropriada ao seu nível cultural.

Deve recomendar-se à mãe a sua participação ativa, fazendo-a consciente das modificações que vão ocorrendo e instando o seu familiar e/ou doula a fornecer-lhe o adequado apoio psíquico-físico que a situação requeira.

Cuidados de rotina

Sinais vitais maternos

Para evitar-se a aparição de situações de desequilíbrio, deverão controlar-se:

- O pulso materno
- A pressão arterial
- A temperatura

Estes controles se efetuarão entre contrações, segundo o descrito na norma de recepção, a cada 4 horas. Deverão ser repetidos se aparecerem sintomas de sua provável alteração, por exemplo:

- Dispneia
- Lipotímias
- Cefaléias
- Escotomas visuais
- Zumbidos
- Calafrios
- Sudorese

Se nos controles se constata a existência de alterações, deverão investigar-se dirigidamente a presença de sintomas ou sinais acompanhantes. Na ausência destes:

- Colocar a parturiente em decúbito lateral esquerdo.
- Vigiar estritamente a FCF.
- Repetir o controle a cada 30 minutos.
- Se houver hipotensão pode-se considerar a administração de uma solução salina por via endovenosa.

Se houver sintomas ou sinais sugestivos de pré-eclâmpsia grave, choque, transtorno cardiovascular ou febre alta, deve-se considerar esta situação como de alto risco. Neste caso avaliar o progresso do trabalho de parto para decidir o tipo de assistência adequada. A mesma conduta se deverá adotar se as manobras indicadas não corrigem a situação, se associam a transtornos da FCF ou a hipertonia uterina.

Função vesical

Deve-se evitar a distensão vesical durante o trabalho de parto. Durante cada exame, verificar a região suprapúbica para a presença de bexiga distendida. Se a mesma for palpável, a mãe será motivada para a micção espontânea para evitar cateterismo vesical. Caso a parturiente não consiga urinar espontaneamente, esvaziar a bexiga mediante cateterismo de alívio.

Analgesia

O alívio da dor durante o trabalho de parto pode ser obtido apenas com um suporte psíquico-físico adequado. Deve-se transmitir segurança à parturiente, assim como orientá-la adequadamente sobre a evolução do parto. A presença de um familiar pode contribuir sobremaneira para a redução da intensidade dolorosa. As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento, etc, devem ser utilizados para alívio da dor.



A anestesia regional também pode ser realizada após obter-se o consentimento da mulher, através do bloqueio peri-dural em dose única ou contínua ou através da anestesia raquidiana em sela. A mulher que escolher a analgesia peridural deve fazer parte de uma discussão detalhada sobre os riscos e benefícios do procedimento. Ver protocolo para realização de analgesia no parto.

Hidratação oral

Deve recomendar-se a livre ingestão de líquidos, de preferência açucarados para diminuir o risco de desidratação que se associa à atividade física e à freqüente hiperventilação materna.

Hidratação venosa

Não há necessidade da administração rotineira de líquidos por via venosa no trabalho de parto normal.

Apoio Psíquico-Físico

O apoio psíquico-físico pode ser oferecido à mulher tanto pelo seu acompanhante ou doula, assim como pelos profissionais que participam da assistência (auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, enfermeiras e médicos). O apoio psíquico-físico é mais eficaz quando se pratica uma filosofia de cuidados que enfatiza:

1. **O respeito** pelas escolhas da mulher e sua família e suas necessidades individuais;
2. **A liberdade** para as mulheres decidirem o que elas consideram família e quem elas gostariam que participasse dos seus cuidados.
3. **A colaboração** entre a equipe assistencial e a mulher/família na implementação da assistência;

A equipe deve promover um balanço entre os cuidados “high-tech” e “high-touch” através do desenvolvimento e compreensão do apoio no parto e seus benefícios, tornando as mulheres cientes desta disponibilidade

4. **A flexibilidade** na provisão de cuidados (liberdade para questionar rotinas tradicionais procurando uma racionalidade baseada em evidências científicas, aumentando as alternativas e opções oferecidas).

O apoio psíquico-físico à mulher em trabalho de parto tem demonstrado, em inúmeras evidências, uma série de benefícios para as mulheres e pode diminuir a incidência de maus resultados. O mesmo pode promover um progresso mais rápido do parto e diminuição na necessidade de analgesia/anestesia, a incidência de trauma perineal, a taxa de parto operatório, febre materna, depressão pós-parto e a avaliação negativa da experiência no nascimento.

Sempre que possível a mulher deverá ser assistida pelo mesmo profissional durante todo o trabalho de parto e parto. Este profissional deverá ser capaz de oferecer um apoio psíquico físico e afetivo à mulher, assim como de acompanhar e avaliar

adequadamente o progresso do parto. Deverá assegurar uma assistência individualizada e holística sem prejuízo do apoio familiar e/ou da doula.

O apoio psíquico-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 prazerosa no momento do nascimento para a mulher e sua família. Têm que estar preparados para uma ação que leve em conta as necessidades individuais da mulher, pois o que pode ser bom para uma não pode ser para outra, além de uma capacidade nata de comunicação interpessoal.

Baseado nas evidências, a presença contínua de uma enfermeira ou enfermeira obstetra para promover conforto emocional, psicológico e físico é elemento chave da assistência ao parto.

Exemplos de técnicas de apoio psíquico-físico

Vocalização

A vocalização durante o trabalho de parto não é um mecanismo negativo. Algumas mulheres acham que gemer ou repetir palavras seja um meio para relaxar e lidar com a dor. Rotinas ritualísticas ou repetitivas que algumas mulheres podem iniciar por sua própria conta (ex. rolar, gemer, etc.) podem ser um meio efetivo de lidar com a dor e não devem ser interrompidas se a mulher estiver confortável dessa maneira.

Respiração padronizada

- Geralmente utilizada em conjunto com as técnicas de relaxamento
- Melhora o relaxamento
- Pode oferecer à mulher uma sensação de controle sobre seu próprio comportamento
- Medida efetiva de conforto

Primeiro estágio (trabalho de parto ativo, 3-7 cm)

É importante primeiro identificar e facilitar padrões de respiração que a mulher tenha praticado no pré-natal. Se estas medidas não são efetivas de acordo com a perspectiva da mulher, então os seguintes padrões devem ser encorajados:

1. **Respiração lenta:** O padrão de respiração varia dependendo do estágio do parto e o que funciona melhor para a mulher e que pode mudar de um momento para outro. O primeiro estágio do parto usualmente envolve uma respiração lenta e rítmica que tende a acalmar a mulher enquanto diverge sua atenção das contrações uterinas. As mulheres são encorajadas a inspirarem profundamente através do nariz ou boca e depois expirar lentamente (usualmente a uma frequência de 12/minuto). Com cada expiração ela é instruída a “soprar a contração para fora” e permitir que seus músculos se relaxem (útil em conjunto com relaxamento e visualização).
2. **Respiração superficial/acelerada:** Mulheres com contrações uterinas intensas e freqüentes podem se sentir mais confortáveis com uma respiração mais superficial. Ela começa com um padrão lento, depois encurta e superficializa sua respiração assim que a contração se intensifica. No pico da contração, ela estará respirando superficialmente através da sua boca com inspirações silenciosas e expirando com sons de sopro (frequência de 30 a 120/minuto). Quando a contração começa a diminuir, ela gradualmente desacelera a respiração até a contração terminar. Entre as contrações ela é encorajada a adotar a respiração lenta para manter as energias e promover o relaxamento.

Transição (7-10 cm)

Este padrão de respiração é geralmente usado durante a transição, quando a mulher está experimentando os momentos mais intensos do trabalho de parto e não é mais capaz de usar a respiração lenta. Aqui ela pode sentir um aumento na pressão perineal e um desejo intenso de fazer força apesar de não estar com o colo totalmente dilatado. A respiração transicional é realizada guiando a mulher a realizar uma inspiração profunda, quebrando a exalação com duas expirações curtas seguidas de um sopro mais longo para esvaziar os pulmões. Ela será capaz de sentir algum alívio na pressão sobre o colo (de particular preocupação nas primíparas).

Visualização (imagem guiada ou autoguiada)

- Diminui a ansiedade
- Promove uma sensação de segurança e conforto
- Oferece distração
- Promove relaxamento

A imagem guiada envolve em ajudar a mulher a visualizar-se em uma situação diferente, longe da experiência do trabalho de parto (ex. numa praia, numa floresta, escalando uma montanha, etc.). Ela é guiada através da imagem e ajudada a imaginar a vista, sons e cheiros da cena. A técnica de imagem autoguiada acontece quando a mulher imagina um lugar ou momento especial para ela que trás à sua memória sensações positivas, prazerosas e cheias de paz. Aqui ela guia a si própria através da experiência. Ela pode imaginar o seu colo abrindo-se devagar e a descida da criança através do canal de parto. Encorajar a mulher a perceber as pistas do seu corpo e se “sintonizar com o bebê” pode ser uma experiência de liberação. Para cada mulher pode variar o tipo de imagem apropriada. A visualização pode ser implementada junto com o toque e outras técnicas para promover o relaxamento (pode ser útil entre ou durante as contrações).

Relaxamento

O relaxamento é o objetivo comum de muitas técnicas de apoio. Oferece à mulher um a oportunidade para se reenergizar e ganhar uma sensação de controle sobre seu corpo e mente. **O relaxamento muscular progressivo** pode ser efetivo na consecução deste objetivo. Isto é feito encorajando a mulher a inspirar profundamente e assim que ela exala, deixar todos os músculos da sua face frouxos e relaxados, depois o pescoço, ombros, braços e assim por diante, até os dedos dos pés. Isto ocorre em um período de várias contrações focalizando em um novo grupo

de músculos a cada contração. **A Checagem Corporal Excursionista** também pode ser incorporada ao relaxamento muscular focalizando em áreas específicas de tensão, tais como o pescoço e ombros, com a pessoa que estiver apoiando a mulher exercendo leve pressão nestas áreas, permitindo a ela “se soltar” durante ou entre as contrações.



Toque e massagem

O toque é uma forma universal de comunicação. O toque pode significar carinho, aceitação, apoio, conforto e competência. Pode variar de um tapinha gentil, uma carícia nos cabelos, uma massagem suave (algumas vezes chamada “effleurage”) a

um abraço apertado. Estudos têm demonstrado que as mulheres consideram o toque muito importante para ajudá-las a lidar com o trabalho de parto.

Outras Técnicas de Apoio:

- Hidroterapia (ver normas);
- Contrapressão (geralmente na região lombo/sacra);

MEDIDAS ÚTEIS DE APOIO NO PARTO

- Respiração padronizada
- Visualização
- Relaxamento
- Hidroterapia
- Contrapressão
- Posicionamento corporal
- Compressas quentes/frias
- Estimulação Neural Transcutânea
- Musicoterapia
- Bolas de Nascimento

- Posicionamento do corpo (a mulher escolhe a posição mais confortável para ela);
- Compressas quentes/frias no baixo ventre, região inguinal ou períneo (compressas quentes **não são recomendadas** se a mulher estiver com uma peri-dural);
- Estimulação Neural Transcutânea (no abdome ou dorso)
- Musicoterapia
- Bolas de Nascimento: a mulher senta nesta bola em uma posição de cócoras apoiada com contrapressão mínima sobre o períneo (como se senta no vaso sanitário). A pessoa que a apoia é colocada em uma cadeira ou atrás ou de frente para a mulher enquanto ela fica livre para rolar para frente e para trás ou balançar gentilmente. Isto ajuda a mulher na promoção de um movimento rítmico, distração, relaxamento e pode melhorar as dimensões da pelve (aumentando os diâmetros) e desta forma favorecendo o progresso do parto e a descida fetal.

Monitoração materno/fetal

Contratilidade uterina

As contrações uterinas devem ser avaliadas a cada 120 minutos em períodos de 10 minutos, de acordo com os critérios enunciados na norma de recepção.

Freqüência cardíaca fetal

A freqüência cardíaca fetal deve ser avaliada a cada 30 minutos nas situações de risco habitual e a cada 15 minutos nas situações de alto risco, de acordo com as normas enunciadas na recepção da gestante.

Duração do parto

No quadro se mostra a duração do trabalho de parto de 4-5 cm. segundo a paridade, o estado das membranas ovulares e a posição materna adotada no período de dilatação.

	Membranas rotas aos 4-5 cm.			Membranas íntegras até os 10 cm					
	Posição horizontal			Posição horizontal			Posição vertical		
	P2,5	P50	P97,5	P2,5	P50	P97,5	P2,5	P50	P97,5
Nulíparas	40	165	550	60	225	600	40	147	468
Todas as paridades	25	130	520	45	180	540	25	135	435

Duração em minutos do período de dilatação cervical desde os 4-5 cm. até 10 cm em uma população de mães de baixo risco, com gestações únicas, sem patologia conhecida, de termo, em apresentação cefálica, sem desproporção céfalo-pélvica, de início e terminação espontânea e sem medicação.

Posição da mulher durante o trabalho de parto

Numerosas evidências assinalam que o trabalho de parto é mais fisiológico quando se permite que a mãe adote livremente a posição vertical, cuja vantagem parece residir em:



- o ângulo entre o eixo fetal e o estreito superior favorece o encaixamento
- as contrações são mais intensas e eficientes
- a mulher está mais cômoda e sofre menos dor
- a duração do trabalho de parto se encurta

Existe evidência de que sem mediar outras manobras, a posição vertical encurta o trabalho de parto em uns

25%, não influi no momento da ruptura espontânea das membranas, nem sobre a frequência da modelagem da cabeça fetal (em particular sobre a bossa serosanguínea quando as membranas estão íntegras) e favorece a rotação interna cefálica.

Se a mãe escolhe a posição horizontal, esta deve ser em decúbito lateral esquerdo, para prevenir a possível aparição de hipotensão materna com risco de hipóxia fetal (síndrome supino-hipotensiva).

Amniotomia

A amniotomia encurta a duração do trabalho de parto, porém se associa a uma série de riscos possíveis para a mãe e seu filho. Conservando a posição vertical sem outras manobras, pode evitar-se o prolongamento do trabalho de parto. A amniotomia não tem indicação como manobra rotineira no trabalho de parto normal. A amniotomia só deve ser realizada ante a aparição de complicações:

- Trabalho de parto prolongado (descartada desproporção feto-pélvica e hipodinamia)
- Necessidade de encurtar o trabalho de parto por patologia materno-fetal
- Polihidrâmnios
- Hemorragia por placenta prévia marginal
- Descolamento prematuro da placenta
- Feto morto ou malformação fetal

Se as membranas se rompem espontaneamente ou a amniotomia é efetuada artificialmente, deve-se assinalar o aspecto do líquido amniótico na história e no partograma.

A presença de mecônio não é sinal de sofrimento fetal, porém se associa a maior risco de morbimortalidade neonatal. Ver normas para conduta adequada na presença de líquido meconial moderado a espesso.

A aparição de hemorragia genital durante o período de dilatação, deve ser manejada segundo as normas enunciadas na Recepção da Gestante.

Progresso da dilatação e da descida da apresentação

Deverão ser avaliadas por meio do exame genital periódico, em geral a cada 3-4 horas, dependendo da evolução do trabalho de parto. Devem-se evitar toques vaginais em excesso devido ao risco de infecção.

Deve-se levar em consideração que o progresso da dilatação e descida da apresentação não são funções lineares podendo estar influenciados por vários fatores, tais como:

- variedade de posição
- deflexão da cabeça fetal
- grau de proporção feto-pélvica
- paridade
- posição materna
- estado das membranas

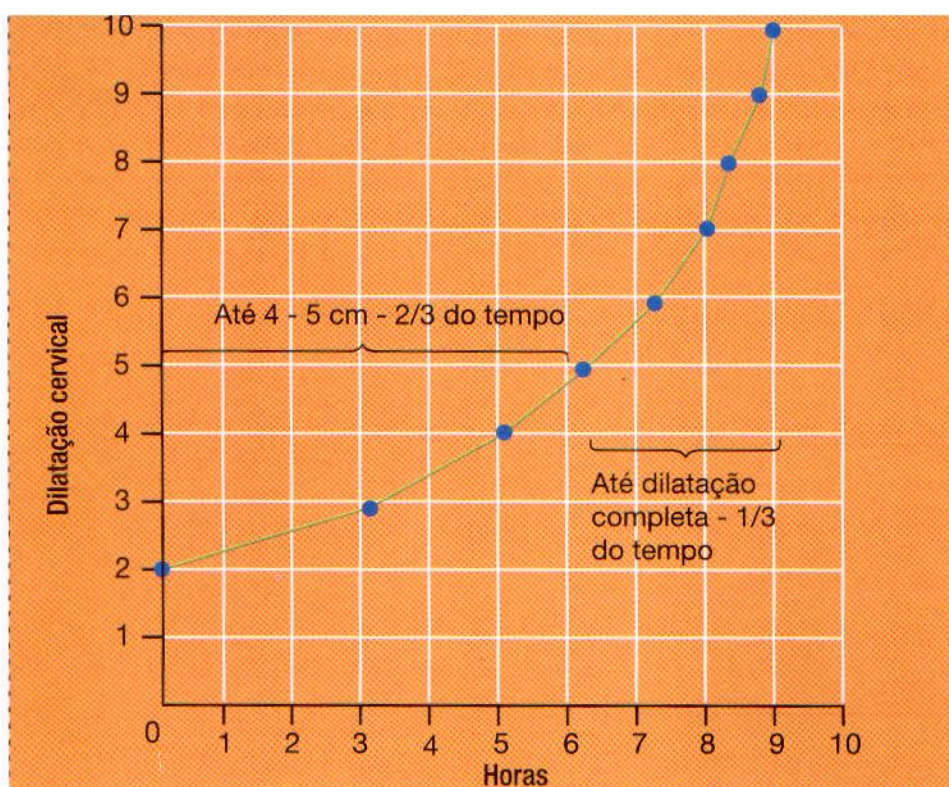
Descida e dilatação são processos intimamente relacionados que exigem uma avaliação simultânea. Todos os dados relativos ao período de dilatação devem ser registrados no partograma com curvas de alerta complementados por observações na folha de evolução.

Partograma com curvas de alerta e conduta ativa no trabalho de parto

No sentido de se avaliar o progresso do trabalho de parto de forma mais objetiva, bem como de se adotar condutas mais uniformes nos desvios da normalidade do mesmo, vários autores, incluindo a OMS (Organização Mundial de Saúde), desenvolveram gráficos nos quais se registram os dados referentes à evolução do trabalho de parto, principalmente a dilatação, comparando-se estes dados com curvas de evolução normal, chamadas curvas de alerta, já constantes dos mesmos. Estes gráficos servem de orientação ao profissional que assiste ao parto, informando-o do momento adequado para se adotar condutas visando a correção dos desvios da normalidade.

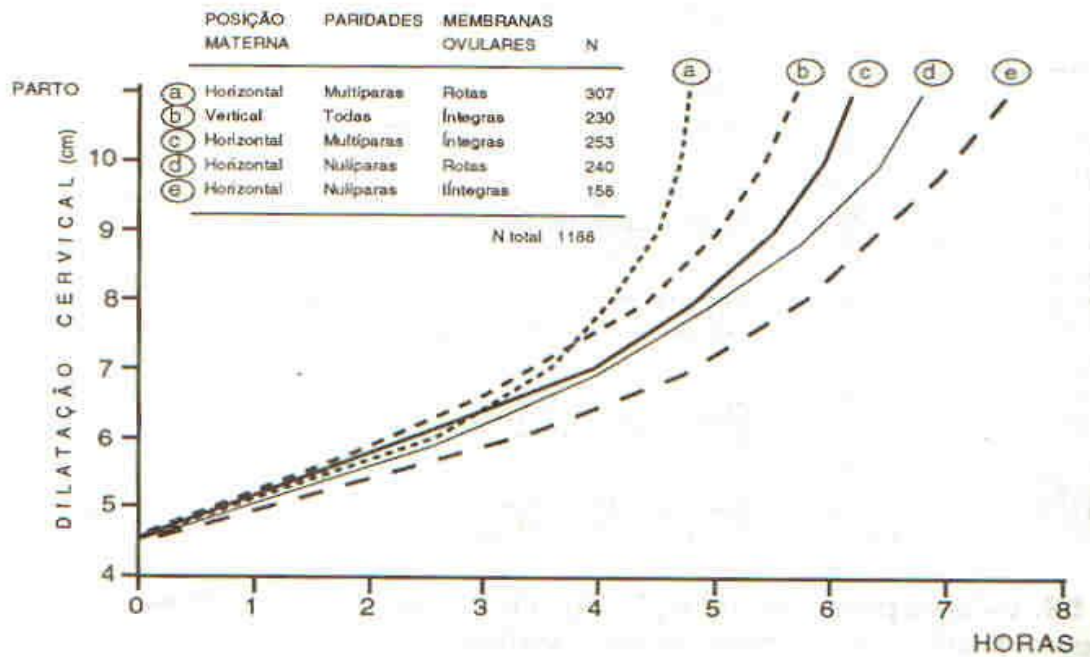
No Hospital Sofia Feldman será utilizado o Partograma com Curvas de Alerta do CLAP (Centro Latino-Americano de Perinatologia)

Os valores de duração da dilatação a partir dos 4-5 cm até a dilatação completa foram obtidos de duas investigações prospectivas realizadas pelos investigadores do CLAP em maternidades da América Latina. De acordo com esses dois estudos, os investigadores definiram que a curva de dilatação cervical se processa de forma ascendente, de início com menor velocidade. No final essa velocidade aumenta, ou seja, o parto se desenvolve mais rapidamente a partir dos 4-5 cm de dilatação. A diferenciação na velocidade da dilatação cervical caracteriza a Fase de latência (inicial) e a Fase Ativa (final), de interesse na evolução do trabalho de parto e na construção do partograma.



Curva de evolução da dilatação cervical (Schwarcz et al., 1996)

Outra conclusão derivada dos estudos mencionados é que a duração do trabalho de parto varia de acordo com a posição da mãe no período de dilatação, a paridade e o estado das membranas ovulares, tendo se considerado o percentil 10 da normalidade para a definição dos valores das curvas no partograma.

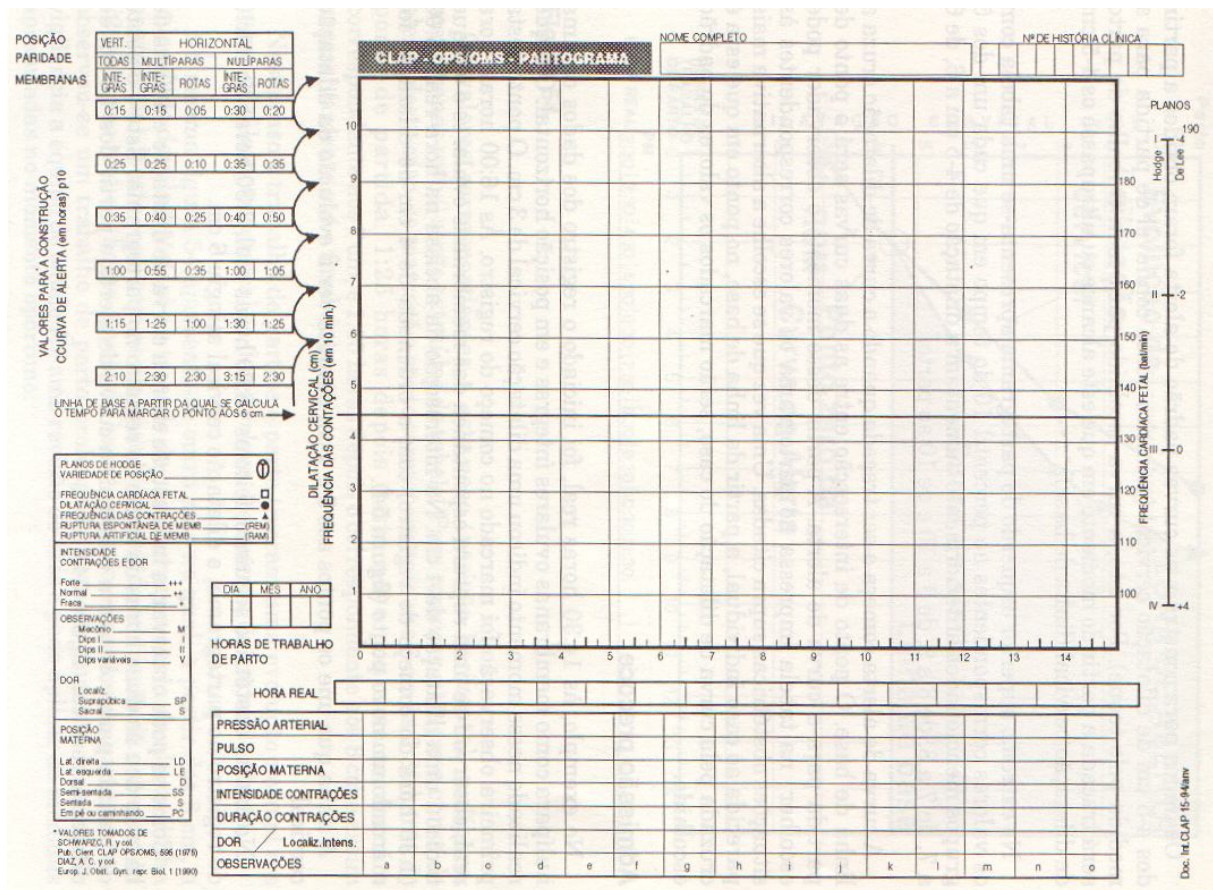


Curvas de alerta segundo posição, paridade e estado das membranas (Schwarcz et al., 1996)

Procedimento para preenchimento do partograma

Anota-se o nome da paciente, seu número de registro no hospital e a data da internação. Nas colunas inferiores do quadrado central, anota-se a hora real de internação no ponto 0 (zero) e as horas seguintes nos pontos correspondentes. Mais embaixo existem colunas reservadas para a anotação da pressão arterial, pulso materno, posição materna, duração e frequência das contrações, FCF e observações.

No quadrado central, marca-se a dilatação e a altura da apresentação, de acordo com os símbolos referentes demonstrados no quadro de referências. Neste local também será construída a curva de alerta.



Partograma do CLAP (Schwarcz et al., 1996)

Procedimento para construção da curva de alerta

A partir do ponto que a dilatação cervical da parturiente corta a linha de base (aos 4-5 cm), se começa a traçar a curva de alerta. Este ponto de intersecção entre ambas as curvas, será o ponto de partida (hora "0") da curva de alerta.

O observador, a partir deste momento pode escolher da tabela adjunta, no lado superior esquerdo do partograma, os valores correspondentes às situações obstétricas assinaladas. Uma vez selecionada a alternativa que melhor se assemelha ao caso individual, desde a linha de base, no ponto em que esta é cruzada pela curva de dilatação, se marcarão os valores do padrão eleito, até os 6 cm, daí para os 7cm, daí para os 8cm, daí para os 9 cm, daí para os 10 cm e daí para o parto. Após a marcação dos pontos, os mesmos devem ser ligados por uma linha, constituindo-se assim a curva de alerta. Construída a curva de alerta, continua-se a marcação da curva de dilatação da paciente de acordo com a evolução do caso. A referência de normalidade para o caso em questão será a curva de alerta, que se cruzada para a direita pela curva de dilatação, faz-se o diagnóstico

de trabalho de parto prolongado, o que exigirá a adoção de medidas corretivas de acordo com a causa da anormalidade.

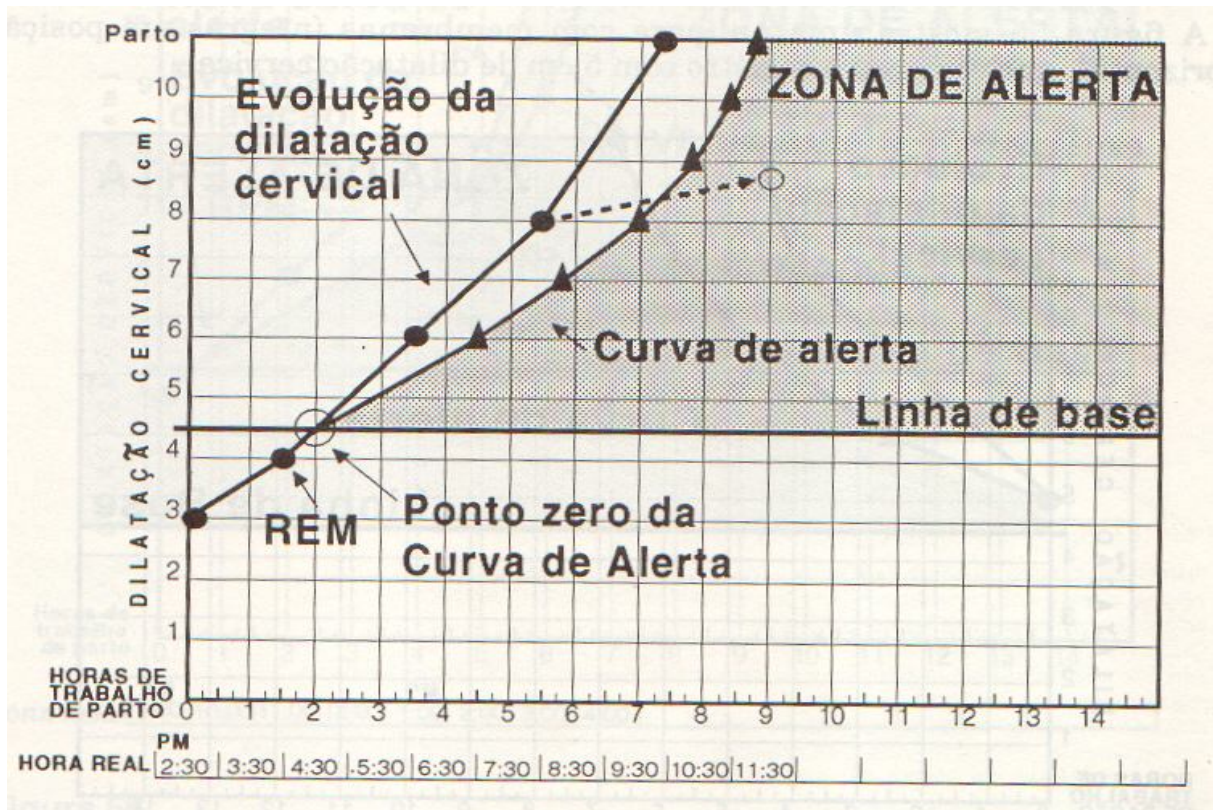
Admissão precoce

No exemplo, às 14:30, hora real, foi iniciado o registro dos dados de uma nulípara com membranas ovulares íntegras e em posição horizontal. O toque realizado nesse momento indicou uma dilatação cervical de 3 cm. O ponto desta primeira observação foi marcado no começo do registro. Às 16:00, hora real, observou-se uma ruptura espontânea das membranas ovulares e o toque indicou uma dilatação de 4 cm. Na intersecção da abscissa na hora real 16:00 (1:30 do começo do registro) com a ordenada de 4 cm de dilatação foi marcado um novo ponto.

A linha que une os pontos aos 3 e 4 cm permite ver a evolução da dilatação cervical.

No exame obstétrico seguinte, feito às 18:00, hora real, 3:30 horas do início do registro no partograma, a dilatação cervical atingiu 6 cm.

Como se pode observar, a intersecção entre a curva de dilatação e a linha de base se deu às duas horas do início do registro no partograma. Este é o ponto de partida para começar a construir a curva de alerta a partir dos 4-5 cm de dilatação cervical.



Os valores correspondentes a este caso (posição horizontal, nulípara, membranas rotas) serão extraídos da tabela. Para começar a traçar a curva de alerta deste caso, se marcará o ponto correspondente aos 6 cm às 02:30 horas do ponto de partida. 1:25 horas depois deste novo ponto se marcará o correspondente aos 7 cm, e 1:05 horas depois o correspondente aos 8 cm e assim sucessivamente até o parto.

Neste caso o trabalho de parto e o parto tiveram uma evolução normal e a curva de dilatação cervical se desenvolveu à esquerda da curva de alerta.

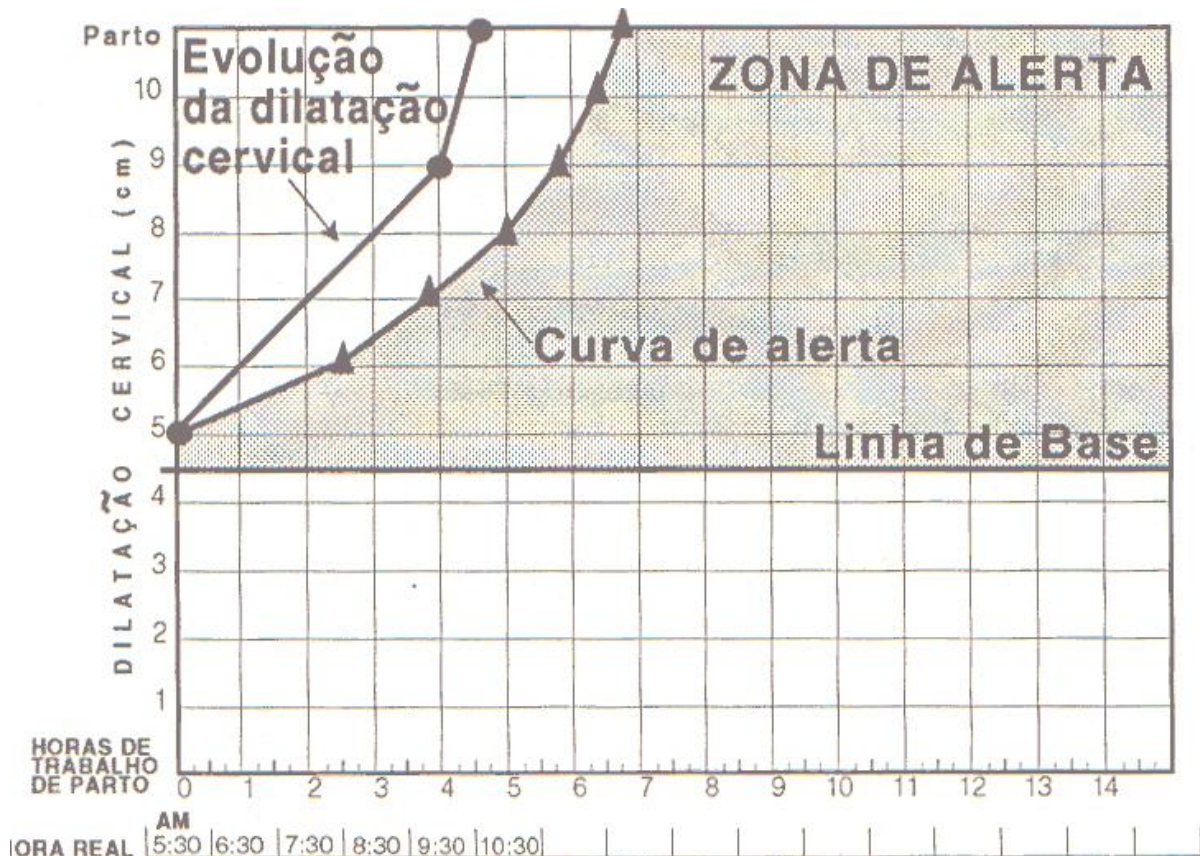
Na mesma figura apresenta-se outro caso no qual, a partir dos 8 cm, a velocidade de dilatação cai e o traçado da curva cruza a curva de alerta (linha pontilhada). Nesse caso, com as mesmas condições da admissão da anterior, às 23:30, hora real e 9 horas depois de haver iniciado o registro no partograma, observou-se um trabalho de parto prolongado. Avisado por este sistema de vigilância a equipe assistencial fez uma revisão do caso e pode aplicar as medidas apropriadas no momento oportuno.

Admissão tardia

A figura seguinte mostra uma nulípara com membranas íntegras em posição horizontal, que começou o registro com 5 cm de dilatação cervical.

A curva de alerta começou a ser desenhada a partir deste primeiro toque. A partir deste ponto a curva de alerta foi traçada com os valores correspondentes às condições de admissão.

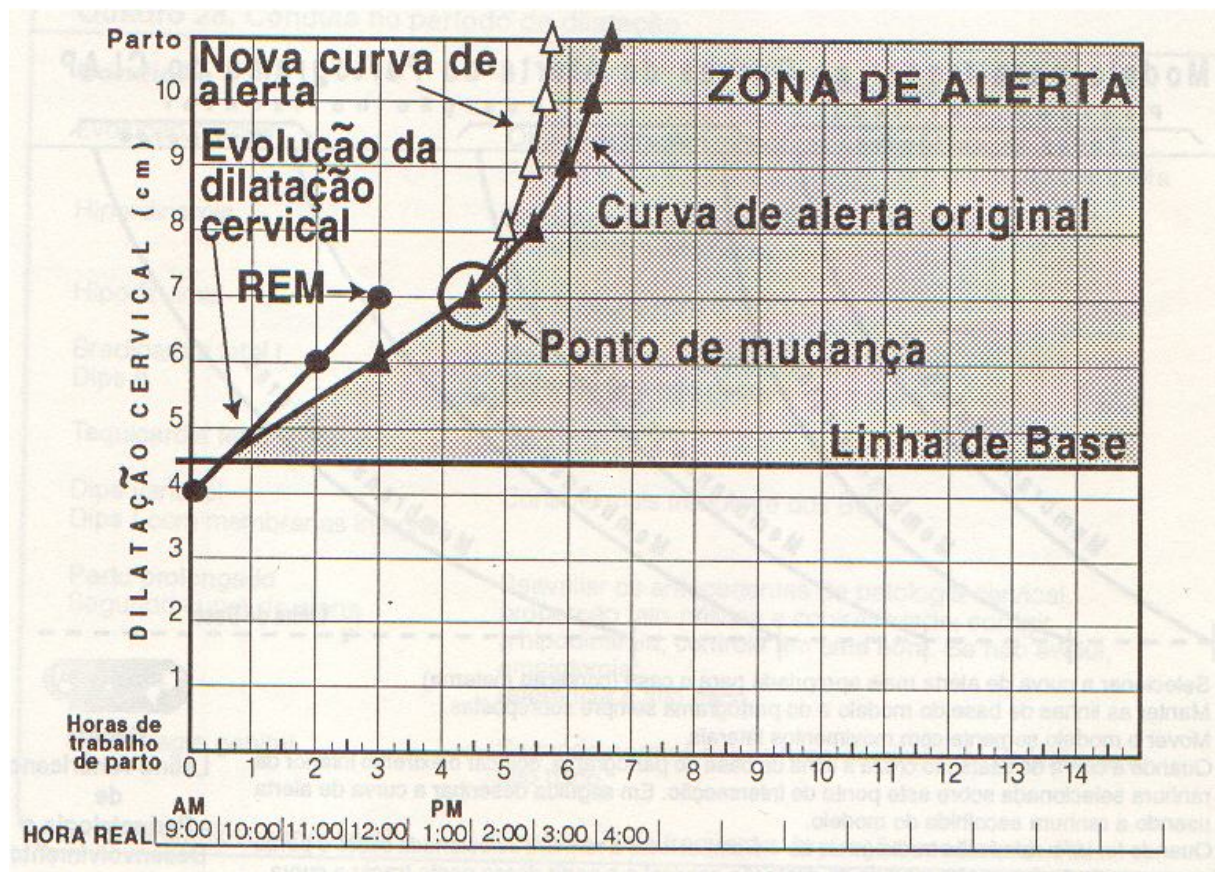
Nas admissões com 5 cm ou mais de dilatação o ponto de partida da curva de alerta será sempre o do primeiro valor anotado da dilatação cervical no partograma, e não como nos casos de admissão precoce que é a intersecção com a linha de base.



Modificação das condições durante o trabalho de parto

Se as condições de admissão foram mudadas durante o trabalho de parto a curva de alerta que estava sendo traçada deverá ser adequada à nova situação.

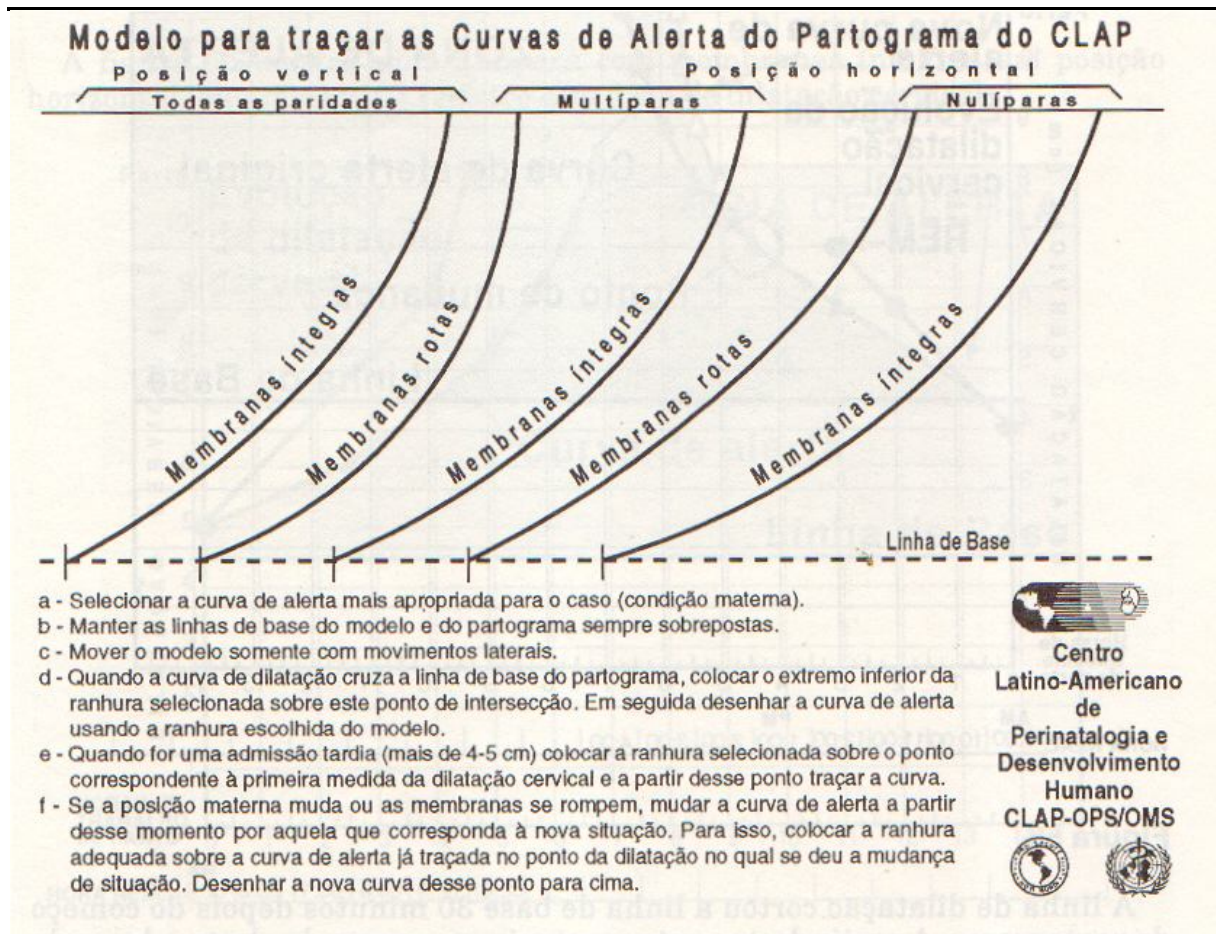
A figura seguinte mostra o caso de uma múltipara, em posição horizontal, com membranas ovulares íntegras. O registro do partograma começou às 9:00 horas com 4 cm de dilatação cervical e 2 horas depois atingiu 6 cm.



A linha de dilatação cortou a linha de base 30 minutos depois do começo do partograma. A partir deste ponto construiu-se a curva de alerta adequada ao caso. Aos 7 cm de dilatação as membranas se romperam espontaneamente e por isso foi necessário traçar uma nova curva de alerta substituindo os valores anteriores pelos de uma múltipara, em posição horizontal, mas com as membranas rotas.

O traçado da nova curva começou na curva anterior na altura dos 7 cm, momento em que se deu a ruptura das membranas. Esta última curva de alerta era a que correspondia melhor à nova situação.

Para facilitar a construção das curvas de alerta o CLAP projetou **um modelo de plástico com 5 ranhuras curvas correspondentes aos padrões descritos acima**. Colocando o modelo sobre o formulário do partograma pode-se traçar a curva de alerta escolhida para o caso em poucos segundos.



Na parte central do partograma, além da dilatação cervical com a correspondente curva de alerta, pode-se registrar também a altura da apresentação, a variedade de posição e o estado das membranas ovulares.

Na parte inferior pode-se registrar a pressão arterial, o pulso e posição maternas, a frequência das contrações uterinas, os batimentos cardíacos fetais e a intensidade da dor e das contrações.

Conduta no período de dilatação

Condição	Conduta
Evolução normal	Observação conservadora sem manobras nem medicação com encaminhamento à sala de parto com dilatação completa.
Hiperdinamia	Inibição uterina e assistência segundo normas de alto risco, com comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.
Hipodinamia	Estimulação ocitócica
Taquicardia fetal	Decúbito lateral esquerdo

Assistência ao Parto e Nascimento

Bradycardia leve Desacelerações variáveis Desacelerações precoces	Controlar FCF com mais frequência Monitoração eletrônica contínua se disponível Comunicar ao médico obstetra responsável.
Bradycardia persistente Desacelerações tardias	Tratamento do sofrimento fetal agudo “in útero” (ver normas). Assistência segundo normas de alto risco. Comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.
Parto prolongado segundo partograma	Reavaliar antecedentes de patologia cervical, proporção feto-pélvica e contratilidade; corrigir hipodinamia; controle em duas horas. Se não houver progresso, amniotomia; controle em duas horas; se não evolui, conduzir segundo normas de alto risco, comunicando o médico obstetra responsável que deve assumir a condução do caso.
Hemorragia genital	Praticar amniotomia e conduzir segundo normas de alto risco.
Líquido amniótico meconial	Controles mais frequentes da FCF. Aspiração imediata do recém-nascido no período expulsivo. Assistência segundo normas de alto risco com comunicação imediata ao médico obstetra responsável. Realizar amnioinfusão na presença de líquido meconial moderado a espesso (procedimento que deverá ser realizado apenas pelo médico obstetra ou sob supervisão direta deste).

ASSISTÊNCIA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO

Caracteriza-se o período expulsivo quando a parturiente estiver com dilatação cervical completa e apresentando puxos espontâneos.

Preparação

- Seguir estritamente as normas de anti-sepsia:
- Uso de roupa limpa
- Instrumental estéril para assistência ao parto
- Lavagem cirúrgica das mãos
- Uso de luvas estéreis
- Uso de equipamento de proteção individual (avental de plástico, óculos e máscara)
- Assepsia perineal com água e sabão. Usar PVP-I tópico se for realizar episiotomia
- Campos estéreis

Posição da parturiente para o parto



Deve-se evitar a posição de litotomia ou ginecológica clássica e outras posições horizontais. Deve evitar-se também que as pernas estejam presas. As seguintes posições devem ser eleitas para a condução do período expulsivo:

- Semi-sentada: ângulo de 110 a 120 graus
- Sentada: ângulo de 90 graus entre o plano da coluna e da bacia e com apoio para os pés.
- De cócoras: com uso de arco para apoio durante os puxos. Nesta posição, deve-se alternar para a posição sentada entre as contrações.

Controles no período expulsivo

Puxos

Deve-se evitar os puxos dirigidos, pois estes se associam com maior frequência, a esgotamento materno e queda na FCF. Permite-se o puxo espontâneo.

FCF

A cada 5 minutos entre as contrações. Em pacientes de risco a frequência da ausculta fetal deve ser após cada contração. É normal a presença de quedas na FCF até 100-110 bat./min. devido à compressão cefálica. Uma FCF < de 100 bat./min., mantida entre os puxos, sugere sofrimento fetal, o que deverá ser imediatamente comunicado ao obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.

Contratilidade

Avaliar em conjunto com a eficácia do puxo materno. A presença de avanço da apresentação e da rotação sugere normalidade.

Avanço da apresentação e desprendimento

Amniotomia

Proceder a amniotomia se esta ainda não foi realizada

Episiotomia

Proceder a episiotomia quando houver indicação para tal. A episiotomia não deve ser realizada de rotina, devendo limitar-se àqueles casos onde há claras indicações para o seu uso tais como:

- distócia de ombro
- parto pélvico
- fórceps
- situações onde a não realização pode significar lacerações importantes do canal de parto (3º e 4º graus).

Deve ser realizada no momento da distensão perineal por um puxo, quando a cabeça fetal é visível com um diâmetro de 3 a 4 cm.

Técnica: infiltra-se os tecidos do trajeto onde será feita a incisão com lidocaína a 1%, tanto no plano superficial como profundo. Fazer a incisão com tesoura reta, dando-se preferência para a direção médio-lateral direita. A incisão mediana pode ser realizada dependendo do julgamento individual do profissional assistente.

Proteção perineal e controle do desprendimento

Permitir o avanço da apresentação, mantendo sua flexão até que a circunferência suboccipitobregmática tenha ultrapassado o anel vulvar distendido; instruir a mãe para respirar profundamente e não realizar puxo neste momento; amortecer o desprendimento, apoiando a mão esquerda sobre a apresentação para que a deflexão se realize lentamente, distendendo progressivamente os tecidos e evitar lacerações. Instruir a mãe para puxar suavemente; colocar, com a mão direita, uma compressa sobre o períneo, pressionando-o no sentido de manter a apresentação a mais fletida possível. Segurar a apresentação para que não se desprenda bruscamente; terminar o desprendimento com lentidão com saída da frente, face e mento. Instruir novamente a mãe para não puxar; uma vez desprendida a cabeça e rodada até sua posição primitiva, verificar a presença de circulares de cordão que devem ser gentilmente desfeitas. Caso haja tensão que dificulte o procedimento, deve-se seccionar imediatamente o cordão entre duas pinças; toma-se a cabeça com ambas as mãos e se traciona suavemente, primeiro para baixo até que o ombro anterior sobrepassa o púbis e imediatamente para cima permitindo o desprendimento do ombro posterior. O resto do corpo se desprenderá com facilidade, sempre contendo o feto para que não ocorra de forma brusca.

Assistência ao recém-nascido

- No momento do nascimento diminuir a intensidade de luz na sala de parto (penumbra), desde que não interfira com os procedimentos habituais de assistência.
- Evitar conversas em tom de voz muito alto devendo-se permitir que a mãe veja o nascimento do filho e que a sua voz se sobreponha às demais.
- Logo após o parto, o recém-nascido deve ficar a um nível mais baixo que o materno, devendo-se secar a boca, face e fossas nasais.
- Aspirar a orofaringe se o líquido for meconial ou se o recém-nascido estiver deprimido.

- Proceder à ligadura do cordão umbilical cerca de 30 a 60 segundos após o nascimento, exceto nos casos de mãe Rh negativo, quando deve ser feito de imediato. Técnica: O cordão deve ser seccionado entre duas pinças a cerca de 4-5 cm do abdome fetal e a ligadura colocada a cerca de 2-3 cm.



- Colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe e estimular o aleitamento materno ainda na sala de parto. Tal contato deve se estender por pelo menos meia hora.
- Os procedimentos de rotina tais como exame físico geral do recém-nascido, aplicação de vitamina K, Credé e banho devem ser adiados para um momento em que não interfiram na relação mãe-filho.

Anormalidades do período expulsivo

No período expulsivo ainda podem surgir algumas situações de risco e desvios da normalidade que devem ser corrigidas em momento oportuno:

Anormalidade de frequência cardíaca fetal

Anormalidades na frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto e no período expulsivo não necessariamente significam insulto ao feto. Quedas na FCF até 100-110 bat./min. são normais durante o período expulsivo. FCF persistentemente menor que 100 bat./min. entre os puxos sugere comprometimento fetal e devem-se adotar medidas para a sua correção.

Conduta: Mudar a paciente de posição, se a mesma estiver em litotomia, para posição vertical ou decúbito lateral esquerdo; infusão de líquidos; oxigênio por máscara a 8-10 L/min.; correção de hipotensão materna se presente e descontinuar uso de ocitocina. Se tais medidas não forem suficientes para a correção da anormalidade, o parto deve ser conduzido segundo normas de alto risco, com comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.

Período expulsivo prolongado

Segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists o período expulsivo prolongado é definido como 3 horas com e 2 horas sem anestesia regional, em nulíparas. Para as múltiparas é definido como 2 horas com e 1 hora sem anestesia regional.

As causas de prolongamento do período expulsivo são:

- Hipodinamia
- Puxo materno ineficaz
- Defeitos de rotação cefálica
- Desproporção céfalo-pélvica não diagnosticada

Conduta: Estimulação ocitócica no caso de hipodinamia; estimular o puxo materno espontâneo assinalando o momento apropriado (junto com a contração); estimular uma ventilação adequada entre as contrações para se evitar o esgotamento materno; nos casos de distócias de rotação e desproporção, o parto deve ser conduzido segundo normas de alto risco, com comunicação ao médico obstetra responsável.

Traumatismo obstétrico

No período expulsivo podem surgir traumatismos tanto para a mãe como para o recém-nascido que podem ser evitados mediante a adoção de medidas preventivas corretas.

- Traumatismo materno: Lacerações do canal de parto (vagina, períneo e colo uterino); ruptura uterina.
- Traumatismo fetal: Desalinhamento ósseo cefálico parieto-fronto-occipital; cavalgamento ósseo cefálico; bossa serosanguínea exagerada; céfalo-hematoma; asfixia; fraturas ósseas; hemorragias intracranianas; paralisias; lesões tegumentares.

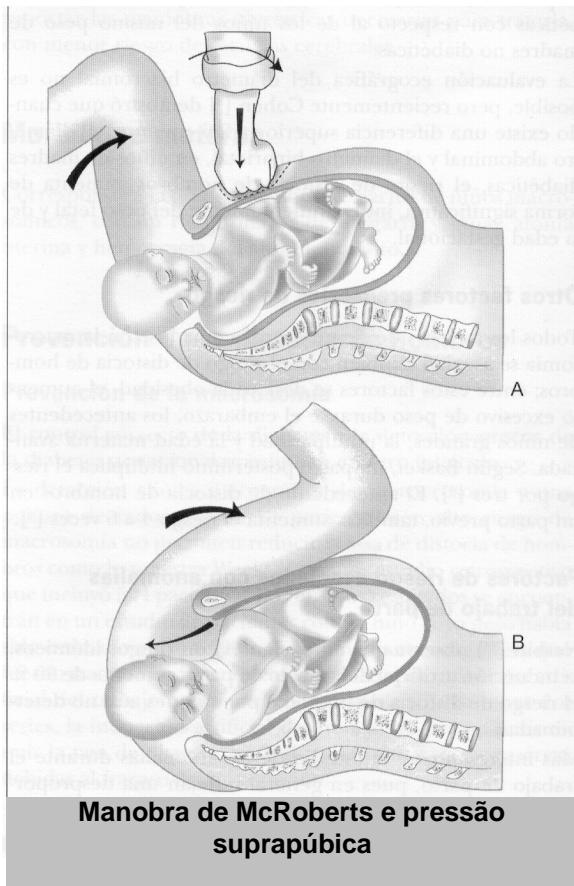
A proteção adequada do períneo e a episiotomia corretamente indicada podem prevenir as lacerações do canal de parto. A ruptura uterina deve ser prevenida evitando-se hiperestimulação ocitócica e o diagnóstico e correção oportuna de

distócias de rotação e desproporção céfalo-pélvica. Tais medidas também devem ser suficientes para se evitar a maioria dos casos de traumatismo fetal.

Distócia de ombro

Definição: A distócia de ombro é definida quando ocorre impaction do ombro anterior atrás da sínfise púbica ou incapacidade de liberação dos ombros pelos métodos usuais.

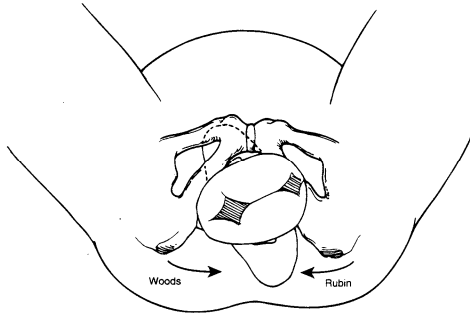
Diagnóstico: Deve-se considerar a presença de distócia de ombro quando não ocorre a liberação dos ombros cerca de 60 segundos após o desprendimento cefálico, diante da realização de manobras usuais. Esta é uma situação de risco extremo que requer a adoção de medidas rápida e seguras e da presença de outros profissionais para auxiliar nos procedimentos. Qualquer profissional que assiste ao parto deve estar ciente dos procedimentos a serem executados e iniciá-los imediatamente, transferindo o caso para o profissional mais capacitado assim que o mesmo estiver presente.



O seguintes passos devem ser seguidos diante da presença de distócia de ombro:

- Não entre em pânico;
- Peça ajuda (mãe, acompanhante, doula, circulante, pediatra, anestesista, outro colega, etc.);
- Todos os procedimentos devem ser realizados em aproximadamente 7 minutos;
- Realização de ampla episiotomia se ainda não tiver sido realizada;
- Evitar pressão no fundo do útero (manobra de Kristeler);
- Evitar o uso excessivo da força. Se for necessária uma força adicional, a mesma deve ser aplicada gradualmente;

- Manobra de McRoberts: hiperflexão dos quadris sobre o abdome materno;
- Pressão suprapúbica: deve ser realizada no sentido antero-posterior para empurrar o ombro anterior para baixo da sínfise púbica ou lateralmente na superfície posterior do ombro para diminuir o diâmetro ombro a ombro e desviar os ombros em direção ao diâmetro oblíquo da pelve;



Manobra de saca-rolha de Woods e Rubin



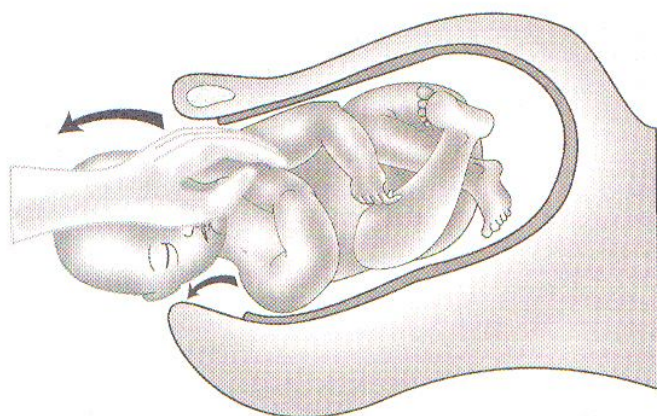
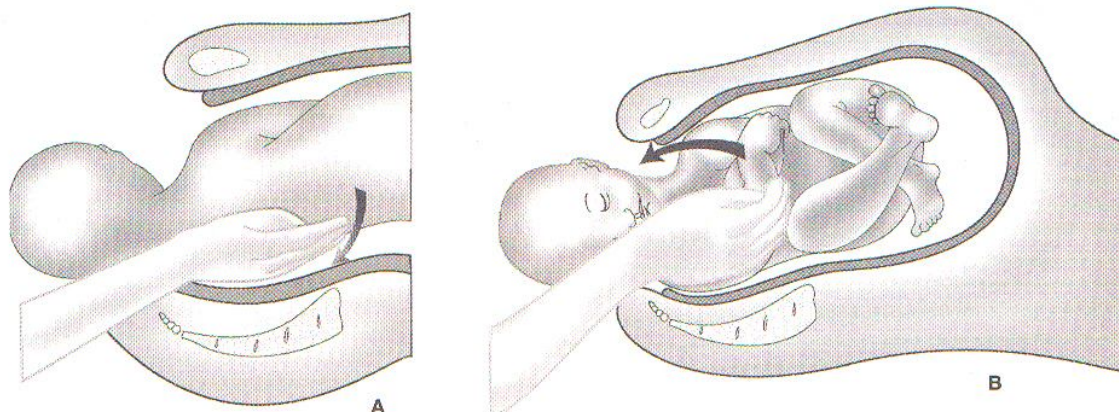
Manobra de quatro de Gaskin

- Rotação dos ombros: a técnica de Rubin consiste em aplicar uma pressão na superfície posterior de qualquer um dos ombros e tentar a rotação cuidadosa, levando o ombro anterior para a posição posterior ou vice-versa até que este seja liberado.

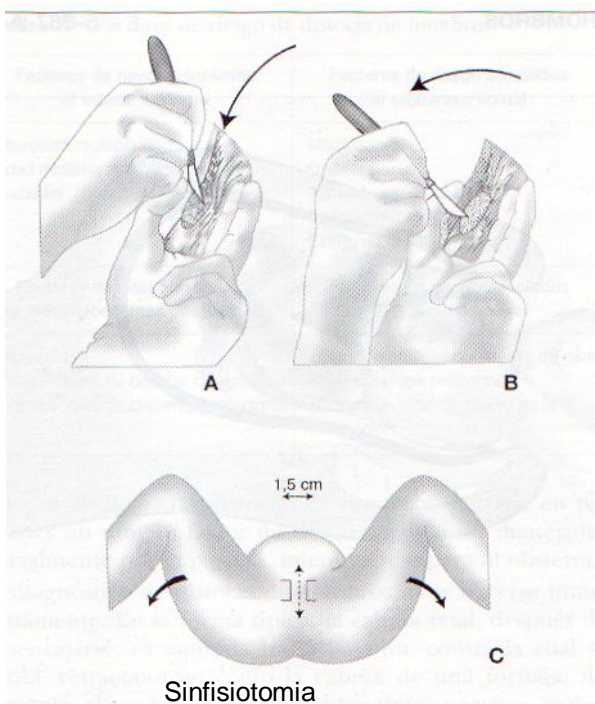
- Manobra de quatro (Gaskin): simplesmente colocando a mulher em posição de quatro (não confundir com posição geno-peitoral) o nascimento pode ocorrer durante a próxima contração sem necessidade de execução de qualquer outra manobra. Esta manobra também pode ser usada com primeira opção. O fracasso dessa manobra obriga a tentativa de extração do braço posterior.
- Introduzir na vagina a mão correspondente ao ventre fetal.
- Pressionar a fossa antecubital do braço posterior, o que fará descer o antebraço que deve ser agarrado e conduzido junto ao peito da criança até para fora.

Se tudo mais falhar:

- Proceder à manobra de Zavanelli: consiste na reversão dos movimentos cardinais do parto ou seja: rotação, flexão, rotação, empurrar para dentro da vagina e desencaixamento. O uso de agentes tocolíticos facilita a manobra (terbutalina 0,25 mg EV lento diluído para 10 ml). Posteriormente realizar uma cesariana para a retirada da criança;
- Resgate abdominal: desimpactação do ombro através de uma histerotomia permitindo a rotação dos ombros por via abdominal e liberação do braço posterior por via vaginal;
- Sinfisiotomia: em situações de emergência onde não se disponha de condições estruturais para a realização das manobras acima.



Liberação do ombro posterior



Sinfisiotomia

ASSISTÊNCIA DURANTE A DEQUITAÇÃO E PÓS-DEQUITAÇÃO

Manejo ativo do terceiro período

O manejo ativo do terceiro período (extração ativa da placenta) ajuda a prevenir a hemorragia pós-parto e deve ser adotado em todas as mulheres. O manejo ativo do terceiro período inclui:

- Ocitocina imediata;
- Tração controlada do cordão e
- Massagem uterina.

Ocitocina

Dentro de 1 minuto do desprendimento fetal palpe o abdome para afastar a possibilidade da presença de outro feto e dê 10 UI de ocitocina IM.

A ocitocina é preferível porque é efetiva 2 a 3 minutos após a injeção, tem efeitos colaterais mínimos e pode ser utilizada em todas as mulheres. Na indisponibilidade de ocitocina, utilize ergometrina 0,2 mg IM ou prostaglandinas (misoprostol). Tenha certeza de que não existe nenhum feto adicional antes de utilizar tais medicamentos.

Não dê ergometrina a mulheres com pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou pressão alta porque ela aumenta o risco de convulsões e acidentes cerebrovasculares.

Tração controlada do cordão

- Clampeie o cordão próximo ao períneo usando uma pinça de Foerster ou Rochester. Segure o cordão clampeado e o final da pinça com uma das mãos.
- Coloque a outra mão imediatamente acima do osso púbico e estabilize o útero pela aplicação de uma contra tração durante a tração controlada do cordão. Isto ajuda a prevenir a inversão uterina.
- Gentilmente mantenha tensão sobre o cordão e espere uma contração uterina forte (2 – 3 minutos).
- Quando o **útero se tornar arredondado** ou o cordão se alongar, tracione o cordão muito gentilmente para baixo para retirar a placenta. Não espere uma golfada de sangue antes de aplicar a tração sobre o cordão. Continue a aplicar a contra tração no útero com a outra mão.

- Se a **placenta não descer** durante 30 – 40 segundos de tração controlada (i.e. não há nenhum sinal de descolamento), não continue a tracionar o cordão.
- Gentilmente segure o cordão e espere até o útero estiver bem contraído novamente. Se necessário, use uma pinça para clampear o cordão mais próximo do períneo enquanto ele se alonga;
- Com a próxima contração, repita a tração controlada com a contra tração.

Nunca aplique a tração no cordão (puxo) sem aplicar a contra tração acima do osso púbico com a outra mão.

- Durante a extração da placenta as membranas podem se romper. Segure a placenta com as duas mãos e gire-a gentilmente sobre o seu eixo até que as membranas estejam torcidas.
- Puxe vagarosamente para completar a dequitação.
- Se as membranas se romperem, examine gentilmente a porção superior da vagina e colo e utilize uma pinça de Foerster para remover qualquer fragmento de membrana que estiver presente.
- A placenta e membranas devem ser examinadas logo após a sua expulsão. Começar o exame pela face fetal e depois a face materna. Deve-se verificar a presença de anomalias e/ou integridade das mesmas. Caso haja dúvidas quanto à sua integridade ou se constate a retenção uterina de restos placentários, proceder à realização de uma curetagem uterina com cureta romba de Pinard.
- Se ocorrer inversão uterina reposicione o útero.
- Se o cordão se romper a extração manual da placenta pode ser necessária.

Massagem uterina

- Imediatamente massageie o fundo uterino através do abdomen até o útero estiver contraído.
- Repita a massagem uterina a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas.
- Assegure-se que o útero não se torne relaxado (amolecido) após terminar a massagem.

Controles durante a dequitação

- Pressão e pulso materno
- Perda de sangue pelos genitais externos

- Mucosas
- Sinais de separação da placenta
- Reconhecer precocemente palidez, taquicardia ou hipotensão, que podem indicar hemorragia.

Alterações da dequitação

A extração manual da placenta pode ser necessária, caso a mesma não se separe com as manobras do manejo ativo ou ocorra rompimento do cordão durante as manobras de tração. Tal procedimento só deve ser realizado pelo médico obstetra responsável.

Providenciar acesso venoso de grosso calibre e infundir 500 mL de solução fisiológica de forma rápida. Se possível, efetuar a extração sob anestesia geral. Na impossibilidade de anestesia geral:

- Administrar:
 - Meperidina 50 mg
 - Diazepam 10 mg
 - Atropina 0,5 mg
- Sustentar o fundo uterino com uma das mãos
- Introduzir a mão mais hábil na vagina e útero, até alcançar a borda placentária.
- Deslizar os dedos entre a placenta e as paredes uterinas, liberando as aderências.
- Uma vez liberada completamente, retirar a mão com a placenta.
- Administrar 5 U.I. de ocitocina endovenosa lenta (diluir em 10 mL).
- Proceder a curetagem uterina com cureta romba.

Revisão do canal de parto

Após a dequitação, proceder a uma revisão do canal de parto procurando encontrar lacerações do trajeto (vagina, colo) e do períneo. A revisão da cavidade uterina pode ser necessária caso se suspeite de possível retenção de restos placentários ou membranas ou há sangramento aumentado:

- Introduzir suavemente uma valva atraumática longa no canal vaginal, expondo o colo uterino.

- Com uma pinça de Foerster longa, agarra-se o lábio anterior do colo e outra do mesmo tipo é introduzida suavemente na cavidade uterina, procurando retirar possíveis restos placentários e de membranas do interior do útero.
- A seguir com os lábios anterior e posterior pinçados, traciona-se o colo uterino verificando-se a presença de lacerações em todo o seu contorno. A eventual existência de soluções de continuidade no colo uterino demanda a sua sutura.
- Posteriormente verificar as paredes vaginais em busca da existência de lacerações que também devem ser suturadas, caso sejam encontradas. A presença de lacerações de 3^o ou 4^o graus exige cuidados segundo normas de alto risco, com comunicação ao médico obstetra responsável.

Sutura da episiotomia

Caso a episiotomia tenha sido realizada, deve-se proceder à sua sutura, após a dequitação, ou antes dela, nos casos em que há demora para a expulsão da placenta. Neste momento também proceder à sutura de eventuais lacerações perineais que possam ter ocorrido.

Técnica: Se houver necessidade, infiltrar mais anestésico local nos tecidos. Alinhar tecidos iguais de ambos os lados da incisão, isto é, mucosa com mucosa vaginal e pele com pele do períneo. Primeiro procede-se à sutura da mucosa e submucosa vaginal com pontos em chuleio cruzado com catgut 0 cromado, tendo-se o cuidado de unir, no mesmo nível, a superfície de corte das carúnculas himenais e das junções cutâneo-mucosas de ambos os lados. Terminar a sutura da mucosa ao nível da junção cutâneo-mucosa. Proceder à sutura da musculatura com pontos separados com catgut 0 cromado, evitando deixar espaços mortos. Se houver necessidade, suturar a fáscia muscular antes de suturar a pele. Por fim sutura-se a pele com pontos subcuticulares, com catgut 0 cromado ou, de preferência, ácido poliglicólico ou poligalactina.

Pós-dequitação

As hemorragias pós-parto aparecem, na maioria das vezes, nas primeiras duas horas após o parto, período em que os controles maternos devem ser mais freqüentes.

As principais causas de hemorragia são:

- Atonia uterina
- Retenção de restos placentários
- Lacerações cervicais e vaginais

Neste período verificar, a cada 30 minutos:

- Pressão arterial
- Globo de segurança de Pinard
- Sangramento genital

Rotina: Não ocorrendo alterações, a puérpera deve ser levada para o alojamento conjunto, onde deverá ser continuada a observação das primeiras duas horas após o parto.

- Se neste período não se mantiver a retração uterina e aparece perda significativa de sangue pelos genitais externos, massagear o útero quantas vezes forem necessário para estimulá-lo, até a formação do globo de segurança de Pinard.
- Se a hemorragia continuar e as perdas forem estimadas em mais de 500 mL, avaliar a causa:
- *Atonia:* massagear o fundo uterino, administrar 5 U.I. de ocitocina IV e 1 ampola de metilergonovina ou ergonovina IM, seguidas de 20 U.I. de ocitocina dissolvidas em 500 mL de solução fisiológica a 80 gotas/min.
- Se o útero estiver retraído e continua o sangramento, revisar o canal de parto. Se houver lacerações, suturá-las. Se não houver, proceder à realização de uma curetagem uterina. Se fracassam as manobras, proceder à realização de coleta de sangue para prova cruzada e providenciar transfusão de sangue completa. Até a chegada do sangue, manter os dados vitais estáveis com o uso de soluções coloidais ou salinas. Avaliar a necessidade de medidas mais drásticas para controle da hemorragia (histerectomia, ligadura de artéria hipogástrica, etc.).
- Diante da presença de hemorragia puerperal, o médico obstetra deve estar ciente e assumindo o manejo da mesma.

ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

Educação da puérpera

A puérpera deve receber orientações sobre:

- Nutrição, higiene corporal e cuidados para a saúde, demistificando-se preconceitos e tabus (ex.: lavagem dos cabelos, banho corporal, etc.);
- Cuidados com o recém-nascido;
- Aleitamento materno;
- Planejamento familiar.

Por ocasião da alta orientá-la sobre:

- Importância da hipertermia;
- Características fisiológicas e patológicas dos lóquios;
- Estado da episiorrafia e outras suturas;
- Fisiologia e patologia da mama;
- Higiene;
- Nutrição;
- Repouso;
- Atividade sexual;
- Planejamento familiar;
- Consulta puerperal;
- Consulta do recém-nascido

Certificar-se de que:

- O cartão da gestante e da criança estejam devidamente preenchidos;
- A consulta puerperal esteja agendada para daí a 7-10 dias;
- A puérpera tenha entendido a importância de comparecer à consulta, com o neonato, portando o cartão da gestante e da criança.

Monitoração materna

A avaliação rotineira da puérpera durante a internação permite detectar e intervir oportunamente quando ocorrer desvios dos limites fisiológicos do puerpério. As seguintes atividades devem ser desenvolvidas:

Verificação diária do estado geral e clínico da puérpera:

- Sinais vitais:
 - pulso
 - temperatura
 - pressão arterial
 - estado das mucosas
 - hidratação
- Condições do aparelho digestivo e urinário:
 - eliminação fisiológica: urina e fezes
- Membros inferiores:
 - dor (principalmente na panturrilha e região inguinal)
 - calor
 - eritema
 - dificuldades de deambulação
- Involução uterina e características da cicatriz cirúrgica se o parto foi por cesariana;
- Estado dos genitais externos:
 - higiene
 - cicatriz da episiorrafia
 - presença de edemas e hematomas
- Características dos lóquios:
 - cor
 - cheiro
 - fluxo
- Estado das mamas:
 - consistência
 - temperatura
 - conformação dos mamilos
 - cuidados com a higiene
 - sinais de apoiadura
 - presença de fissuras

Conduta: Os desvios da normalidade devem ser manejados segundo normas adiante. Deve-se evitar a prescrição rotineira de medicamentos no puerpério,

reservando-os para os casos onde ocorra desvios dos limites fisiológicos. Ao prescrevê-los, avaliar a relação risco/benefício procurando-se evitar, na medida do possível, aqueles que interfiram na amamentação e produzam efeitos colaterais indesejáveis no recém-nascido (ex.: hioscina).

Avaliação do estado emocional

- Aceitação da maternidade
- Integração da mãe, do pai e do filho
- Sinais de depressão

Conduta: Na presença de condições que estejam interferindo no estado emocional da puérpera ou diante de sinais de depressão, solicitar avaliação do serviço psicossocial.

Anormalidades do puerpério

As principais anormalidades que podem surgir no período puerperal são: hemorragia, hematomas de períneo, vulva, vagina e incisões cirúrgicas, infecção puerperal, problemas com as mamas.

Hemorragia

As hemorragias puerperais constituem a complicação mais freqüente neste período, aparecendo, na maioria das vezes, nas primeiras horas após o parto. Quando surgem precocemente podem estar associadas a hipotonia uterina ou presença de restos placentários. Tardiamente estão associadas, mais comumente, com a retenção de restos placentários e/ou infecção. Devem ser manejadas segundo as normas preconizadas na seção de assistência a dequitação e pós-dequitação.

Hematomas de períneo, vulva, vagina e outras incisões cirúrgicas

Podem ser produzidos por traumas durante o parto ou por hemostasia insuficiente. O tratamento consiste na aplicação de compressas frias no local, abertura e drenagem se necessário, retirada de coágulos, hemostasia cuidadosa e colocação de drenos, se houver dificuldade na ligadura dos vasos.

Infecção puerperal

A infecção puerperal pode se manifestar na forma de endometrite, miometrite, endomiometrite, anexite, pelviperitonite, peritonite generalizada e infecções de

incisões cirúrgicas. Deve-se incluir também a infecção das vias urinárias. O principal sinal clínico de infecção é a febre que surge geralmente nos primeiros 10 dias após o parto, excetuando-se as primeiras 24 horas. Na presença de sinais e sintomas que sugiram infecção, a puérpera deve ser submetida a um exame clínico e ginecológico completo, solicitando-se exames complementares se necessário. O manejo deve ser realizado segundo as normas de alto risco.

Problemas com as mamas

Os problemas mais comuns que acometem as mamas são o ingurgitamento, as fissuras e a infecção (mastite). Devem ser manejados segundo as normas do manual do aleitamento materno.