



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.003 – Página 1/13	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 06/12/2021	Próxima revisão: 06/12/2023
		Versão: 4	

1. AUTORES

- Clarisse Uchoa de Albuquerque
- Flávia Érika Maia de Sousa
- Mariana Luisa Veras Firmiano
- Tatiane da Silva Coelho

2. INTRODUÇÃO

O trabalho de parto (TP) e o parto são processos fisiológicos que culminam com o nascimento. É um momento que deve ser cercado por vários cuidados, que compreendem a atenção e o apoio clínico e psicológico não só à parturiente como também aos seus familiares.

Mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendem deverão estabelecer uma relação empática, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados. Certificar-se sempre de que a paciente compreendeu as orientações e condutas adotadas.

3. OBJETIVOS

Oferecer subsídios para a correta avaliação da gestante de risco habitual no diagnóstico e acompanhamento do trabalho de parto, seguindo as diretrizes do parto humanizado e preceitos do cuidado centrado na paciente.

4. DEFINIÇÕES

Trabalho de parto é o processo fisiológico que tem por objetivo expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas. Os critérios diagnósticos serão apresentados nas tabelas 5 e 6.

5. DIAGNÓSTICO E MEDIDAS GERAIS

Diagnosticado o trabalho de parto em sua fase ativa, o médico assistente e/ou enfermeira obstétrica deve proceder à propedêutica de internamento na sala de parto.

5.1 Anamnese

Deve-se fazer uma escuta qualificada sobre as queixas da paciente, história da gestação, passado obstétrico, patologias associadas, uso de medicamentos, grupo sanguíneo, movimentação fetal, data da última menstruação etc. Muitas dessas informações podem ser obtidas e/ou complementadas através do cartão da gestante.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS.003 – Página 2/13
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO		Emissão: 06/12/2021
			Versão: 4
			Próxima revisão: 06/12/2023
DIAGNÓSTICO	SINAIS	CONDUTAS	
TRABALHO DE PARTO LATENTE	Aumento gradual da atividade uterina – contrações com ritmo irregular, por vezes dolorosas. Pode haver alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm.	Realizar registro de exame obstétrico: BCF, medida de altura uterina, avaliação da dilatação e apagamento cervical, altura da apresentação, integridade da bolsa, secreções vaginais, integridade do canal vaginal e vulva.	
	Aumento das secreções cervicais – perda do tampão mucoso – eliminação de muco, por vezes acompanhado de sangue.	Observar as perdas vaginais (realizar exame especular se julgar necessário). Orientar sobre a diferença de líquido amniótico para o tampão mucoso.	
		<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que a gestante retorne ao serviço de saúde em caso de presença de sinais de trabalho de parto ativo ou sinais de alerta (perda de líquido, sangramento uterino, contrações eficientes a cada 5 minutos, diminuição dos movimentos fetais ou qualquer mal-estar). • Pode-se, também, optar por manter essas pacientes em observação e reavaliá-las dentro de 1-2h. Àquelas gestantes que residem em bairros distantes ou em outros municípios, pode ser oferecida a permanência na Casa de Gestante. • Orientar a mulher e a família sobre as contrações do trabalho de parto ativo, bem como a frequência e duração das mesmas. • Orientar e estimular a mulher em condutas ativas: deambular, manter-se em posição verticalizada, uso de banhos para relaxamento, aumentar a ingestão hídrica e evitar jejuns. • Não foi estabelecida uma duração padrão para o primeiro período latente e pode variar muito de uma mulher para outra. 	

Tabela 1 - Diagnóstico e conduta no trabalho de parto (fase latente)

5.2 Exame físico

Deve incluir:

- Ausculta cardíaco-pulmonar
- Verificação dos sinais vitais (pressão arterial, pulso arterial e temperatura)
- Pesquisa de palidez cutâneo-mucosa.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS.003 – Página 3/13
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO		Emissão: 06/12/2021
			Versão: 4
			Próxima revisão: 06/12/2023

DIAGNÓSTICO	SINAIS	CONDUTAS
TRABALHO DE PARTO ATIVO	Contrações uterinas rítmicas, em geral dolorosas, que se estendem por todo o útero (mínimo de 2 contrações em 10 min).	Realizar admissão. Avaliar e registrar: - a cada 1 hora: dinâmica uterina e fluidos administrados - a cada 30 min: ausculta fetal.. a cada 2 ou 3 horas: dilatação cervical, mantendo vigília constante sobre a mulher.
	Colo uterino dilatado para, no mínimo 4 cm, com apagamento total ou 5 cm independente do apagamento.	O partograma deve ser aberto quando se identificar dilatação cervical de 6 cm.
	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a participação ativa da parturiente e acompanhante (de livre escolha); • Utilização dos métodos para alívio da dor; • Evitar uso de práticas comprovadamente ineficazes e que promovem danos; • Utilização das boas práticas no parto e nascimento; • Parturientes com critérios de risco habitual devem prioritariamente ser conduzidas no Centro de Parto Normal (CPN) • A duração do primeiro período ativo geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas e 10 horas nas múltiparas. 	

Tabela 2 - Diagnóstico e conduta no trabalho de parto (fase ativa)

5.3 Exame obstétrico

Deve incluir:

- Manobras de Leopold, evidenciando-se fundo uterino, situação, posição e apresentação fetal, e presença de insinuação do polo fetal.
 - Mensuração da altura do fundo uterino
 - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)
- Toque vaginal (já realizado no momento do diagnóstico) evidenciando-se grau de dilatação, apagamento e posição do colo uterino, formação da bolsa das águas, tipo de apresentação, variedade de posição fetal e grau de deflexão do polo cefálico (caso haja).
- Avaliar atividade uterina descrevendo-se sua intensidade, frequência, duração e regularidade.

Obs.: nos casos em que houver suspeita de rotura anteparto de membranas (RAMO) ou placentação anômala, o toque vaginal deve ser postergado; realizando-se, de imediato, o exame especular. Evita-se, dessa forma, o risco de infecção ascendente e descarta-se ainda o prolapso de cordão umbilical e sangramento.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.003 – Página 4/13	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 06/12/2021	Próxima revisão: 06/12/2023
		Versão: 4	

5.4 Medidas gerais

A) Abertura do partograma

Nas pacientes em trabalho de parto na fase ativa, deve-se proceder à abertura do partograma (após 6 cm de dilatação) descrevendo-se, nos devidos espaços, uma gama de informações úteis no acompanhamento do TP, já obtidas durante a propedêutica de admissão. (vide PRO.MED-OBS.022 - PARTOGRAMA)

B) Tricotomia pubiana

Não há evidências científicas que recomendem sua utilização de rotina em mulheres em trabalho de parto, não sendo observado, diminuição no risco de infecção com seu uso rotineiro.

C) Clister evacuativo

Assim como na tricotomia pubiana, trabalhos recentes demonstram não haver evidências que recomendem sua utilização de rotina, não se observando diminuição nas taxas de infecção puerperal.

D) Higienização da paciente

Deve ser realizada na forma de banho geral, desde que não se encontre em estágio avançado de dilatação cervical.

E) Utilização de vestes apropriadas

Troca das roupas da paciente pela bata do serviço, ainda na admissão.

F) Restrição alimentar

Grávidas encaminhadas de volta à sua residência, na fase latente do TP, com baixo risco para parto abdominal, devem ser orientadas a ingerir apenas alimentos leves. As internadas no início da fase ativa, com baixo risco para parto cesariano, podem ingerir líquidos claros (água, chá, sucos), suspendendo-se a dieta na presença de intercorrências. O uso de alimentação à base de laticínios está sempre proscrito.

Nas gestantes de risco elevado e/ou com possibilidade de parto abdominal, é contraindicado qualquer tipo de alimentação, mantendo-se o estado de jejum.

Vale salientar que em todos os casos, prevalece o bom senso do obstetra e do anestesista, na hora de manter ou não o jejum. O jejum de rotina não é recomendado em pacientes de baixo risco.

G) Cardiotocografia (CTG)

A realização de cardiotocografia como teste de rotina a ser realizado na admissão da paciente não traz benefícios ao prognóstico fetal e associa-se a maior número de cesáreas, não sendo recomendada (vide capítulo “cardiotocografia”).

5.5 Exames laboratoriais

- Verificar tipagem sanguínea realizada no pré-natal.
- Solicitar ABO/Rh na admissão se não houver registro no cartão de pré-natal ou se gestante Rh negativo.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.003 – Página 5/13	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 06/12/2021	Próxima revisão: 06/12/2023
		Versão: 4	

- Oferecer teste rápido para HIV e Sífilis.
- Checar sorologias no cartão de pré-natal.

6. ADMISSÃO NO CENTRO OBSTÉTRICO

A paciente será recebida pela equipe multidisciplinar, encaminhada ao leito, avaliada novamente pelos médicos plantonistas ou enfermeiras obstétricas, sendo definida uma conduta expectante ou intervencionista, dependendo de cada caso. Quando decidido por assistência ao TP, a equipe multidisciplinar definirá quem acompanhará mais diretamente aquele trabalho de parto: se equipe médica ou equipe de enfermagem.

É importante que a equipe ao receber a paciente e o acompanhante:

- Acolha a mulher e o acompanhante, se apresentando. Indagar sobre as suas necessidades, incluindo como gostaria de ser chamada.
- Mantenha uma abordagem calma e confiante, transmitindo segurança.
- Perguntar à mulher como ela está se sentindo e se alguma coisa em particular a preocupa.
- Se a mulher tem um plano de parto escrito, ler e discutir com ela.
- Avaliar o que a mulher sabe sobre estratégias de alívio da dor e oferecer informações balanceadas para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela.
- Encorajar a mulher a adaptar o ambiente às suas necessidades.
- Solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou documentação.

Sobre o acompanhante:

- As mulheres têm direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, incluindo na cesárea.
- Todas as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto, de preferência por pessoal que não seja membro da equipe hospitalar.
- O apoio de acompanhante não dispensa o apoio oferecido pelo pessoal do hospital.
- Uma mulher em trabalho de parto não deve ser deixada sozinha, exceto por curtos períodos ou por sua solicitação.
- Apresentar-se ao acompanhante e apresentar o local de internação.
- Orientar os acompanhantes como apoiar a parturiente durante o período de internação.
- Orientar sobre a rotina de alimentação do acompanhante.
- Orientar sobre vestimenta e necessidade de identificação.
- Informar que não é permitido o uso de celulares dentro dos apartamentos.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.003 – Página 6/13	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 06/12/2021	Próxima revisão: 06/12/2023
		Versão: 4	

7. ASSISTÊNCIA NA FASE ATIVA (1º PERÍODO)

7.1 Alívio da dor

O objetivo do manejo da dor é dar apoio à mulher, aumentar seu limiar para as sensações dolorosas e contribuir para que o parto seja uma experiência positiva.

A prevenção do círculo vicioso de “medo-tensão-dor”, é feita através da preservação da privacidade, com a presença e apoio emocional dos familiares e da equipe, com o contato físico e a transmissão de tranquilidade e segurança.

Avaliar o grau de dor, tensão e medo e da necessidade de apoio físico e emocional, decidindo sobre qual técnica ofertar, individualizando o cuidado, tais como:

- Verticalização

As pacientes devem ser encorajadas a não permanecerem restritas ao leito durante a fase ativa do TP. Cabe à equipe multidisciplinar (médicos obstetras, médicos residentes, enfermeiras, residentes de enfermagem obstétrica, técnicas de enfermagem, internos) estimulá-las quanto ao uso da bola e do cavalinho, em relação à possibilidade da deambulação e adoção de posição verticalizada ou semi-sentada, podendo adotar uma destas práticas ou todas de forma intermitente. Caso prefira a posição horizontal (supina), deve-se orientar o decúbito lateral esquerdo (DLE), por proporcionar melhor fluxo uteroplacentário e diminuição dos níveis pressóricos.

- Imersão em água sempre que possível. Oferecer banhos de aspersão (chuveiro).
- Técnicas de massagem de conforto realizadas tanto pela equipe de saúde como por acompanhantes.
- Apoiar que sejam tocadas músicas de sua escolha durante o trabalho de parto;
- Analgesia regional

Quando decidido por tal método, deve-se informar à mulher que não está associado a aumento da dor lombar, aumento do primeiro período do parto mais longo ou aumento na chance de cesariana e de parto vaginal instrumental; mas, está associada a aumento da duração do segundo período do parto, risco de hipotensão, bloqueio motor, febre, retenção urinária e necessidade de uso de ocitocina. A solicitação materna por analgesia compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. (vide PRO.MED-ANEST.001 - ANALGESIA DE PARTO)

- Opioides parenterais como fentanil, morfina e petidina

São opções possíveis para gestantes saudáveis apesar de alguns efeitos colaterais indesejáveis como náuseas e vômitos na mãe, sonolência na mãe e no neonato (o que pode atrapalhar a amamentação) e depressão respiratória no neonato.

7.2 Privacidade

- Bater na porta do quarto ou enfermaria e esperar antes de entrar, respeitando aquele local como espaço pessoal da mulher e orientar outras pessoas a fazerem o mesmo.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.003 – Página 7/13	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 06/12/2021	Próxima revisão: 06/12/2023
		Versão: 4	

- Solicitar permissão à mulher antes de qualquer procedimento e observações, focando nela e não na tecnologia ou na documentação.
- Quando sair do quarto, comunicar que poderá ser chamada a qualquer momento e avisá-la previsão de retorno.

7.3 Monitorização da evolução do trabalho de parto

Avaliar e registrar:

A) Ausculta fetal

Os batimentos cardíacos fetais devem ser auscultados, na fase ativa do TP, a cada 15min (alto-risco) ou 30min (risco habitual), sempre antes, durante e após as contrações uterinas (ausculta fetal intermitente), por pelo menos 1 minuto. Se o TP for induzido: a cada 15 minutos e no período expulsivo de 5 em 5 minutos.

B) Dinâmica uterina

Descrever a cada 1 hora sua frequência, intensidade, duração e regularidade. Nesse intervalo registrar também frequência cardíaca materna e fluidos administrados.

C) Toque vaginal

A cada 2 ou 3 horas analisar dilatação, apagamento e posição do colo uterino, integridade da bolsa amniótica, variedade de posição do polo fetal, altura da apresentação e presença de bossa serossanguinolenta. Em casos de RAMO o toque vaginal deve ser realizado a cada três horas.

D) Pressão arterial, temperatura e diurese.

Se trabalho de parto risco habitual, realizar a cada 4 horas.

É imprescindível o correto registro dos dados obtidos no partograma a partir do sexto centímetro de dilatação e no prontuário quando ainda fora do tempo de abertura do partograma.

7.4 Achados na fase ativa de um trabalho de parto eutócico:

- Evolução da dilatação do colo uterino é bastante variável de uma mulher para outra não devendo ser fixada uma velocidade mínima de dilatação cervical.
- Os BCFs devem manter-se entre 110bpm e 160bpm, salvo durante acelerações transitórias.
- Discreta elevação da PA pode ser justificada pelo próprio TP durante a contração (<140 x 90), porém picos hipertensivos são inaceitáveis.
- A contratilidade uterina deve ser de 3-4 contrações em 10 minutos, com duração entre 45-60s.
- A descida da apresentação deve ocorrer concomitantemente à evolução da dilatação cervical.
- No caso de bolsa rota, o líquido amniótico deve ter aspecto claro.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.003 – Página 8/13	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 06/12/2021	Próxima revisão: 06/12/2023
		Versão: 4	

Utilizando o Partograma deve-se atentar para evolução insatisfatória do TP, observando-se as linhas de alerta e ação do gráfico. Uma vez encontrados parâmetros anormais, a equipe obstétrica deve tomar conduta no sentido de tentar reverter a situação exposta ou mesmo, se isso não for possível, promover a resolução imediata da gestação visando preservar o bem-estar materno-fetal.

Pode-se lançar mão da amniotomia, rotura da bolsa amniótica realizada propositalmente pelo profissional que está conduzindo o trabalho de parto, com uso de material apropriado e durante a contração uterina. Apesar de comprovadamente reduzir o tempo do TP em cerca de 60-120 minutos, não deve ser usada como procedimento de rotina, uma vez que pode propiciar o incremento de desacelerações da frequência cardíaca fetal, alterações plásticas sobre o polo cefálico, prolapso de cordão umbilical e/ou membros e, ainda, infecção ovular e puerperal. No entanto, pode ser aplicada para avaliar o LA perante suspeita de sofrimento fetal ou mesmo auxiliar na descida da apresentação quando suspeitada distócia de acomodação. Uma vez indicada, não há grau de dilatação cervical específico para que se faça o procedimento. Ao realizá-la, deve-se manter o dedo dentro da cérvix até o completo esvaziamento do LA com perfeito encaixe do polo fetal no colo uterino; evitando-se, assim, o prolapso de cordão umbilical. Tal procedimento é desaconselhável em casos de polidramnia, pelo risco de descolamento prematuro de placenta e/ou prolapso de cordão.

Quando evidenciada hipocontratilidade uterina e descartada desproporção céfalo pélvica, pode-se usar ocitocina (conforme esquema descrito no capítulo de indução do trabalho de parto), com o objetivo de incrementar a atividade uterina e evitar resolução da gestação por via alta.

O manejo ativo do trabalho de parto eutócico, com uso de ocitócitos indiscriminadamente, deve ser evitado, uma vez que não afeta taxa de cesariana, satisfação materna e outros indicadores de morbidade materna e neonatal, sendo desnecessário e podendo ser prejudicial.

8. ASSISTÊNCIA NO PERÍODO EXPULSIVO (2º PERÍODO)

O período expulsivo inicia-se quando se atinge o grau máximo de dilatação cervical. A gestante começa a apresentar movimentos expulsivos involuntários e reentrantes (puxos). Observa-se o abaulamento da rima vulvar pelo polo fetal e a paciente, muitas vezes, encontra-se impaciente e ansiosa. É observado, ainda, desejo de evacuar devido à compressão da ampola retal. Pode haver desencontro entre o início dos puxos maternos e a dilatação cervical completa, podendo esta última ocorrer antes dos puxos e vice-versa.

Considerar o uso de parto instrumental (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem-estar fetal ou prolongamento do segundo período (Tabela 7). Sua escolha dependerá das circunstâncias clínicas e da experiência do profissional. Deve-se oferecer uma anestesia efetiva. Se a paciente recusar anestesia, o tempo não permitir ou se esta não estiver disponível, realizar bloqueio de pudendo combinado com anestesia local de períneo durante o parto instrumental.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS.003 – Página 9/13
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO		Emissão: 06/12/2021
			Versão: 4
			Próxima revisão: 06/12/2023

LIMITE DE TEMPO E CONDUTA NO PERÍODO EXPULSIVO PROLONGADO		
Paridade	Tempo esperado	Conduta na falha de progressão
NULÍPARAS	Com peridural: 1–3 h. Sem peridural: 0,5 –2,5h	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 1 hora de segundo período. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas. • Deve ser solicitada assistência adicional a médico treinado na realização de parto vaginal operatório se o nascimento não for iminente.
MULTÍPARAS	Com peridural: até 2 horas Sem peridural: até 1 hora	<ul style="list-style-type: none"> • Suspeitar de prolongamento se o progresso (em termos de rotação ou descida da apresentação) não for adequado após 30 minutos de segundo estágio ativo. Realizar amniotomia se as membranas estiverem intactas. • A confirmação de falha de progresso no segundo período deve ser feita quando este durar mais de 1 hora • Deve ser solicitada assistência adicional a médico treinado na realização de parto vaginal operatório se o nascimento não for iminente.

Tabela 3 - Limite de tempo para a duração normal do segundo período

É neste período que ocorre a maioria dos fenômenos mecânicos do parto, a saber:

- Descida da apresentação
- Flexão
- Rotação interna
- Extensão
- Desprendimento do polo fetal
- Rotação externa
- Restituição do polo fetal
- Liberação do ombro anterior
- Liberação do ombro posterior
- Expulsão fetal completa

Obs.: nas nulíparas, geralmente, a insinuação ocorre antes do TP. Já nas múltiparas, isso pode ocorrer até no princípio do 2º período.

Ao identificar-se o início do período expulsivo, deve-se preparar a paciente para o parto, desencorajando-a a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal ou posição semi-supina, e encorajando-a a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios. Se for desejo da parturiente utilizar acessórios para auxiliar na posição verticalizada, como: banqueta de parto e arco no leito. Estudos mostram que estas posições devem ser utilizadas em detrimento da posição supina, uma vez que apresentam as



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.003 – Página 10/13	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 06/12/2021	Próxima revisão: 06/12/2023
		Versão: 4	

seguintes vantagens:

- Favorecimento da respiração adequada
- Atuação da força gravitacional
- Melhor fluxouteroplacentário
- Melhoria da atividade uterina

Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos em mulheres sem analgesia, evitando os puxos dirigidos. Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação completa, o puxo deve ser adiado por pelo menos 1 hora ou mais, exceto se a mulher quiser realizar o puxo ou a cabeça do bebê estiver visível. Após 1 hora, a mulher deve ser incentivada ativamente para realizar o puxo durante as contrações.

Lembrar sempre de preservar a privacidade e o pudor da gestante, mantendo-se na sala somente o pessoal necessário. Deve-se ser cuidadoso com a conduta dentro da sala, utilizando-se uma linguagem apropriada, respeitando-se a paciente e seu acompanhante. É importante ainda, respeitar o princípio da autonomia da paciente, deixando que ela possa opinar e decidir sobre alguns aspectos, tais como: deambulação e posição durante o período expulsivo. E por fim, deve-se abolir completamente quaisquer tipos de atitudes ameaçadoras e/ou constrangedoras, a fim de conseguir a cooperação de pacientes pouco ou não cooperativas.

A limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas não é recomendada, baseando-se na falta de benefícios clínicos para o recém-nascido. A equipe assistencial deve estar completamente paramentada, incluindo material de proteção.

No período expulsivo, deve-se realizar ausculta dos BCFs a cada 5 ou 15 minutos, dependendo, respectivamente, se há ou não fator de risco; sempre antes, durante e após as contrações uterinas (ausculta fetal intermitente). No momento da contração pode-se encontrar uma frequência cardíaca de até 100 bpm, sem que isso represente, necessariamente, um quadro patológico. Não há evidência científica que justifique a utilização da CTG durante o período expulsivo do TP.

A aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto durante o segundo período não é recomendada.

É primordial preocupar-se com a proteção ao períneo quando do desprendimento do polo fetal. Recomendamos a utilização da técnica de ‘mãos sobre’ (manobra de Ritgen) para controlar a deflexão da cabeça e orientar à mulher para não empurrar nesse momento. Também podem ser utilizadas massagem perineal e aplicação de compressas mornas sobre o períneo para redução de lacerações perineais.

Estudos modernos não recomendam a realização de episiotomia de rotina, salvo quando houver necessidade de evitar lacerações maternas extensas ou facilitar partos difíceis. Uma vez necessária a realização de episiotomia, deve-se iniciá-la após anestesia local ou bloqueio de pudendo. Recomenda-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.003 – Página 11/13	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 06/12/2021	Próxima revisão: 06/12/2023
		Versão: 4	

direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.

Após realização ou não da episiotomia, segue-se o desprendimento do polo cefálico (parto eutócico). O obstetra deve, então, pesquisar a existência de circular de cordão, reduzindo-a pôr sobre o polo cefálico ou clampeando-a e seccionando-a, caso haja dificuldade em realizar tal manobra. Nos casos de rápida expulsão fetal, aonde não haja tempo hábil para se desfazer a circular de cordão, pode-se passar a mesma por sobre os ombros fetais, enquanto segura-se o feto.

Após o nascimento, tanto em parto vaginal como abdominal, é primordial entregar o RN imediatamente à mãe, promovendo o contato pele a pele, secando-o e aquecendo-o, para que se possa, logo em seguida, dar início ao aleitamento materno (neonato com Apgar > 7 sem presença de mecônio espesso).

Estudos atualizados nos mostram que retardar o momento do clampeamento do cordão umbilical, em pelo menos 2 min, está relacionado com melhores resultados neonatais, que se estendem pela infância, tais como: melhora do hematócrito e redução do risco de anemia.

O contato pele a pele precoce melhora os resultados neonatais em termo de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória além de aumentar o sucesso da amamentação, devendo o RN permanecer no mínimo 30 a 120 minutos sobre a sua mãe se suas condições de nascimento assim o permitir. Caso o RN apresente Apgar < 7 e/ou presença de mecônio espesso, deve-se entregá-lo imediatamente aos cuidados do neonatologista.

9. ASSISTÊNCIA À DEQUITAÇÃO (3º PERÍODO) E 4º PERÍODO

Período de extrema importância devido à gravidade e complexidade de suas complicações, cujas principais são:

- Sangramento transvaginal profuso (uma das principais causas de mortalidade materna).
- Retenção de restos placentários provocando sangramento e/ou infecção puerperal.
- Inversão uterina.

Atualmente, a conduta ativa é recomendada no terceiro período. Após desprendimento de ombros, administra-se 10UI de ocitocina por via intramuscular, antes do clampeamento e corte do cordão. O uso EV também pode ser utilizado e está associado a taxas mais baixas de hemorragia pós-parto grave, à necessidade de transfusão sanguínea e à admissão em UTIs quando comparado ao uso IM (se uso EV, deixar dose de manutenção).

Realizar manobra de verificação de descolamento da placenta e só então traciona-se delicadamente o cordão com uma das mãos, com a outra posicionada sobre o abdome materno e eleva-se o corpo uterino evitando-se assim, a inversão uterina (manobra de Brandt), segurando a placenta, ainda no momento em que a mesma transpõe a vulva, realizar a manobra de Jacob, impedindo-se que, por gravidade, caia, propiciando a permanência de membranas ovulares dentro do útero. Estas medidas são responsáveis por redução da frequência de sangramento pós-parto e da necessidade de extração manual da placenta.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS.003 – Página 12/13	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	Emissão: 06/12/2021	Próxima revisão: 06/12/2023
		Versão: 4	

Realizar, ainda, avaliação do canal de parto, procedendo-se à sutura da episiotomia, caso realizada, ou à correção de lacerações decorrentes do parto. Ambas com sutura contínua. Orienta-se utilização de fio Vycril 2-0 ou Catgut 2-0.

O toque retal deve ser realizado em todas as pacientes com laceração grau II ou mais, explicando à paciente sobre a importância de sua realização e, caso a paciente não o permita, registrar a negativa em prontuário.

A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com parto vaginal não complicado ou com episiotomia. Já em situação de lesão perineal de grau 3 ou 4, os antibióticos profiláticos devem ser administrados.

Na hora que se segue após a dequitação, o chamado 4º período (período de Greenberg), deve-se ainda, manter controle rigoroso dos sinais vitais, assim como observação do sangramento transvaginal (STV). Nas horas seguintes, observar a loquiação, tônus uterino, altura do fundo do útero e presença de diurese, alimentar a paciente, promover seu asseio e estimular a deambulação e amamentação.

Na vigência de sangramento, seguir protocolo de hemorragia pós-parto.

10. REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília, DF, 2017.
2. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Zugaib. Obstetrícia. 3 ed. Barueri: Manole, 2016.

11. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
4	06/12/2021	Alterado item 9.

REVISÃO

Flávia Érika Maia de Sousa
Clarisse Uchoa de Albuquerque
Mariana Luisa Veras Firmiano
Tatiane da Silva Coelho
Jordana Parente Paiva