

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.019 - Página 1/9	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL	Emissão: 29/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 29/05/2023

SUMÁRIO

1.	SIGLAS	2
2.	INTRODUÇÃO	2
3.	OBJETIVOS	2
4.	JUSTIFICATIVAS	3
5.	MANEJO CLÍNICO	3
5.1	Conduta no trabalho de parto latente	3
5.2	Conduta na fase ativa do trabalho de parto	4
5.3	Assistência no período expulsivo (2º período do parto)	6
5.4	Assistência à dequitação (3º período do parto)	7
5.5	Atenção ao quarto período do parto	8
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
7.	HISTÓRICO DE REVISÃO	8

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.019 - Página 2/9	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL	Emissão: 29/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 29/05/2023

1. SIGLAS

Batimentos cardíofetais: BCF
Cardiotocografia: CTG
Centro para pré-parto, parto e pós-parto: PPP
Crescimento intrauterino restrito: CIUR
Frequência cardíaca fetal: FCF
Organização Mundial da Saúde: OMS
Recém-nato: RN
Trabalho de parto: TP
Vírus da Imunodeficiência Humana: HIV

2. INTRODUÇÃO

A definição de nascimento normal pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que é todo aquele com início espontâneo do trabalho de parto (TP), em pacientes com risco habitual e que permanecem assim durante todo o pré-parto e o parto. O feto nasce espontaneamente na apresentação cefálica fletida entre 37 e 42 semanas de gestação e deve haver: ausência de mecônio, de bolsa rota há mais de 18 horas, de macrossomia fetal e de crescimento intrauterino restrito (CIUR), e a frequência cardíaca fetal (FCF) deve estar dentro da normalidade (entre 110 e 160 bpm) durante todo o trabalho de parto. Após o parto, a mãe e o recém-nato (RN) devem se encontrar em boas condições.

O presente protocolo aborda as recomendações para a assistência ao processo de nascimento, em situações eutócicas e sem complicações.

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;
- Uniformizar e padronizar as práticas mais comuns utilizadas na assistência ao parto normal de baixo risco, diminuindo a variabilidade de condutas entre os profissionais envolvidos no processo;
- Reduzir intervenções desnecessárias na assistência ao parto de risco habitual e, conseqüentemente, os seus agravos, difundindo práticas baseadas em evidências científicas.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.019 - Página 3/9	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL	Emissão: 29/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 29/05/2023

4. JUSTIFICATIVAS

Ainda há uma grande diversidade de práticas clínicas mesmo na assistência à parturiente de baixo risco e variadas condutas destinadas ao manejo de situações semelhantes. Esta variedade de práticas diagnósticas e/ou terapêuticas com potencial de provocar danos pode colocar em risco a segurança das pacientes e seus filhos.

Caracterizar o perfil de pacientes gestantes de risco habitual na admissão para o trabalho de parto permite reorganizar os processos de trabalho com o objetivo de garantir a segurança materna e fetal. A identificação do nível de complexidade obstétrica da parturiente, realizada por médico e/ou enfermeiro obstetra, durante a admissão no Centro Obstétrico, possibilita melhor direcionamento das ações assistenciais com vistas à humanização e interdisciplinaridade, além da segurança materna e fetal.

Protocolos clínicos baseados em evidências são fundamentais e fornecem uma ferramenta adequada de consulta para os profissionais na sua atividade diária. Nesse processo, as habilidades e experiência clínica do provedor de cuidados associadas às expectativas e necessidades únicas das mulheres e suas famílias, mais a informação derivada da melhor pesquisa científica, formam o tripé que se chama de prática clínica baseada em evidências, uma das regras básicas para uma assistência focada na qualidade.

5. MANEJO CLÍNICO

O diagnóstico de TP tem como critérios clássicos as contrações uterinas dolorosas e regulares em tempo (a cada 5 minutos ou menos), em intensidade (fortes) e em duração (50 a 60 segundos) e ainda colo uterino com apagamento superior a 50%, centralizando e com 3 a 4 cm de dilatação. O primeiro estágio do trabalho de parto divide-se em uma fase latente, com a mudança gradual e lenta do colo, e em uma fase ativa, com uma dilatação mais avançada, geralmente com 5 cm (ou mais se nulípara).

5.1 Conduta no trabalho de parto latente

- Realizar registro de exame obstétrico: batimentos cardíofetais (BCF), medida de altura uterina, avaliação da dilatação e apagamento cervical, altura da apresentação, integridade da bolsa amniótica, secreções vaginais, integridade do canal vaginal e vulva;
- Observar as perdas vaginais (realizar exame especular se julgar necessário) e orientar sobre a diferença entre líquido amniótico e tampão mucoso;
- 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 líquida, sangramento uterino, contrações eficientes a cada 5 minutos ou menos, diminuição dos movimentos fetais ou qualquer mal-estar);
- Pode-se, também, optar por manter essas pacientes em observação e fazer reavaliação dentro de 1-2h;

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.019 - Página 4/9	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL	Emissão: 29/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 29/05/2023

- 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 ingesta hídrica e evitar jejuns.

5.2 Conduta na fase ativa do trabalho de parto

- Realizar admissão:
 - As gestantes devem ser internadas na fase ativa do TP, já que internações precoces estariam associadas a um risco maior de anestesia epidural, uso de ocitocina e cesarianas;
 - O exame admissional deve incluir uma anamnese cuidadosa, a análise da carteira de pré-natal e exames realizados, um exame clínico geral e obstétrico detalhado, incluindo o toque vaginal (quando não estiver contraindicado);
 - Verificar tipagem sanguínea realizada no pré-natal: solicitar ABO/Rh na admissão se não há registro no cartão de pré-natal ou se gestante Rh negativo;
 - Solicitar teste rápido para HIV e sífilis, assim como exame para hepatite B quando não houver registro recente.
- Parturientes com critérios de risco habitual e sem contraindicações ao parto vaginal devem ser conduzidas ao PPP (centro para Pré-parto, parto e pós-parto):
 - Ao chegar ao PPP, a paciente será recebida pela equipe multidisciplinar, encaminhada ao leito e avaliada novamente pelos médicos plantonistas ou enfermeiros obstetras;
 - É importante o acolhimento adequado da mulher e acompanhante (se presente), com cuidados respeitosos (mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de maus tratos e possibilitando apoio à escolha informada) e a comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e as parturientes;
 - Deve ser garantida a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto;
 - Higienização da paciente na forma de banho geral, desde que não se encontre em estágio avançado de dilatação cervical;
 - Utilização de vestes apropriadas (bata do serviço).
- O partograma deve ser aberto quando se identificar dilatação cervical de 6 cm.
- A ingestão de líquidos e de alimentos com baixo teor de resíduos pode ser permitida nas parturientes com risco habitual de necessitarem uma anestesia geral. Se necessária a restrição da ingestão oral, deve-se considerar a hidratação endovenosa, bem como a administração de glicose e eletrólitos.
- Avaliar e registrar:

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.019 - Página 5/9	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL	Emissão: 29/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 29/05/2023

- Avaliação dos BCF, pelo menos, a cada 30 minutos, antes, durante e até 30 segundos após uma contração. A monitorização contínua deve ser restrita às gestações de alto risco, ou nas situações de anormalidades diagnosticadas durante o trabalho de parto;

- A cada uma a duas horas, a frequência e intensidade das contrações uterinas e fluidos administrados;

- Toque vaginal a cada quatro horas nessa primeira fase do trabalho de parto, analisando-se a 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.

- Encorajar a movimentação, deambulação e uma posição vertical, respeitando a vontade da parturiente em adotar as posições que lhes sejam mais confortáveis durante o primeiro estágio do trabalho de parto.

- Utilização dos métodos para alívio da dor:

- Medidas não farmacológicas como as técnicas de relaxamento, a movimentação, o uso de aparelhos de fisioterapia, massagens, compressas quentes ou frias e a hidroterapia;

- Analgesia epidural (terapia mais eficaz no controle da dor durante o trabalho de parto, deveria ser a primeira opção nas falhas das técnicas não farmacológicas, porém não é opção disponível de rotina no serviço) ou opióides parenterais (como fentanil, remifentanil, diamorfina e meperidina) podem ser alternativas.

- Evitar uso de práticas comprovadamente ineficazes e que promovem danos:

- A pelvimetria não deve ser realizada rotineiramente e precisa ser substituída pela prova do trabalho de parto;

- O exame de cardiotocografia (CTG) rotineiro na admissão de parturientes de risco habitual não mostrou utilidade na melhora dos desfechos;

- Não devem ser realizadas a prescrição rotineira de enemas e de tricotomia, nem realizar embrocção vaginal de rotina com antissépticos;

- A amniotomia de rotina não deve ser realizada, pois pode aumentar o risco de infecção, sem modificar substancialmente a evolução do trabalho de parto fisiológico;

- Não é recomendado usar o critério de evolução de dilatação cervical inferior a 1cm/h, durante a fase ativa, para identificar o risco de resultados adversos e/ou como critério isolado para indicar intervenções (aumento de ocitocina ou indicar cesariana);

- Manejo ativo para prevenir um trabalho de parto prolongado (amniotomia e/ou ocitocina) não é recomendado.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.019 - Página 6/9	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL	Emissão: 29/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 29/05/2023

5.3 Assistência no período expulsivo (2º período do parto)

- Considerar que a duração do segundo estágio pode ser variável, sendo que geralmente é inferior a duas horas em multíparas e três horas em nulíparas.

- Não há um limite superior para a duração do segundo estágio, desde que a FCF esteja normal e algum grau de progressão seja observado.

- Preservar a privacidade e o pudor da gestante, mantendo-se na sala somente o pessoal necessário, e respeitar o princípio da autonomia da paciente, deixando que a mesma possa opinar e decidir sobre alguns aspectos, tais como: deambulação e posição durante o período expulsivo.

- A posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente em situações normais:

- As posições semissentadas, de cócoras ou laterais (Sims), são as mais comuns;

- As posições verticalizadas podem encurtar um pouco o segundo período;

- Se houver necessidade de instrumentalização, manipulação do feto, episiotomia e/ ou partos cirúrgicos, a posição de litotomia é vantajosa.

- Uma recomendação razoável é realizar ausculta fetal intermitente a cada quinze minutos.

- Realizar assepsia da região perineal e até o meio da face interna das coxas.

- A equipe assistencial deve estar completamente paramentada, incluindo material de proteção.

- Devemos orientar a paciente para realizar o puxo (empurrar) apenas seguindo seu próprio impulso:

- Puxos dirigidos devem ser reservados apenas para o parto com analgesia neuroaxial, quando houver a redução de sua percepção.

- Podem ser usadas técnicas para reduzir o trauma perineal, como a massagem perineal, compressas quentes e a proteção perineal com as mãos. Parece razoável o uso da manobra de Ritgen para controlar a deflexão da cabeça e usar a outra mão para proteger o períneo.

- Após a saída do polo cefálico, realiza-se uma tração suave na direção posterior, liberando o ombro anterior na próxima contração. O ombro posterior é então liberado por tração anterior.

- Com o desprendimento do polo cefálico deve-se pesquisar a existência de circular de cordão, reduzindo-a por sobre o polo cefálico ou clampeando-a e seccionando-a, caso haja dificuldade em realizar tal manobra. Nos casos de rápida expulsão fetal, quando não há tempo hábil para se desfazer a circular de cordão, pode-se passar a mesma por sobre os ombros fetais, enquanto segura-se o feto.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.019 - Página 7/9	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL	Emissão: 29/05/2021 Versão: 1	Próxima revisão: 29/05/2023

- Quando o RN estiver vigoroso, deve-se retardar o clampeamento do cordão, em, pelo menos, um minuto.

- Após o nascimento, 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 índice de Apgar > 7 sem presença de mecônio espesso), podendo o RN permanecer no mínimo 30 a 120 minutos sobre a sua mãe se suas condições de nascimento assim o permitirem.

- Não recomendados:

- Uso rotineiro ou liberal da episiotomia (fica reservada para partos com alto risco de laceração perineal grave, distocia significativa dos tecidos moles ou necessidade de encurtar o segundo período devido a uma situação fetal não-tranquilizadora. Não é indicação de rotina nos partos instrumentalizados ou na distocia de ombros, contudo, pode haver necessidade técnica nessas situações);

- Pressão manual do fundo do útero (se a manobra for necessária, numa situação de excepcionalidade, deve ser realizada por profissional experiente, com consentimento da parturiente e devidamente justificada no prontuário).

5.4 Assistência à dequitação (3º período do parto)

- É mandatória a administração em todas as pacientes de ocitocina (10 UI, IM/EV). Se não estiver disponível, recomenda-se o uso de outro uterotônico (ergometrina/metilergometrina ou misoprostol).

- Realizar tração controlada do cordão:

- A manobra deve incluir a mão no fundo do útero, para identificar uma inversão uterina (manobra de Brandt).

- Não realizar massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina.

- Realizar inspeção placentária, evidenciando-se ausência ou não de cotilédones, assim como a integridade das membranas e cordão umbilical.

- Realizar, ainda, revisão do canal de parto, procedendo-se à sutura da episiotomia, caso realizada, ou a correção de lacerações decorrentes do parto.

- Lacerações de segundo, terceiro e quarto graus devem ser suturadas. Pequenas lesões de primeiro grau em mucosas, se não estiverem sangrando, podem não ser suturadas;

- Orienta-se utilização de fio Catgut 2-0 ou Vycril 2-0.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.019 - Página 8/9	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL	Emissão: 29/05/2021	Próxima revisão: 29/05/2023
		Versão: 1	

5.5 Atenção ao quarto período do parto

- Atenção à puérpera deve ser redobrada na primeira hora pós-parto, permanecendo a paciente no PPP, sob vigilância.
- Recomendada a avaliação regular do tônus uterino, sangramento vaginal, retração uterina, pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca durante, pelo menos, 24 horas.
- Não recomendada a prescrição de antibioticoprofilaxia para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Steibel JA, Trapani A Jr. **Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 101/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

World Health Organization (WHO). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília (DF):Ministério da Saúde; 2016.

Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF, 2017.

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO

(*Itens obrigatórios apenas para os Protocolos Assistenciais)

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.DM.019 - Página 9/9	
Título do Documento	ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL	Emissão: 29/05/2021	Próxima revisão: 29/05/2023
		Versão: 1	

Elaboração Nome: Bianca Karenina Brito de Medeiros SIAPE: 2199557 Função: Médica Ginecologista e Obstetra Nome: Kátia Cristina Araújo Nascimento de Oliveira SIAPE: 3508189 Função: Médica Ginecologista e Obstetra Nome: Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima SIAPE: 2098904 Função: Médica Ginecologista e Obstetra	Data: 29/05/2021 ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Revisão Nome: SIAPE: Função:	Data: ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Validação Nome: SIAPE: Função: Membro SGQVS	Data: ____/____/____ ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI
Aprovação Nome: Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos Função: Gerente de Atenção à Saúde	Data: ____/____/____ ASSINATURA ELETRÔNICA VIA SEI

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

CERTIDÃO

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima, Bianca Karenina Brito de Medeiros, Katia Cristina Araujo Nascimento de Oliveira, Setor de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde

Certidão de assinaturas eletrônicas correspondente ao documento PRT.DM.019.



Documento assinado eletronicamente por **Priscilla Santos de Oliveira Santa Rosa Lima, Médico(a)**, em 31/05/2021, às 14:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Maria Rêgo Mendes, Enfermeiro(a)**, em 01/06/2021, às 12:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Katia Cristina Araujo Nascimento de Oliveira, Médico(a)**, em 11/06/2021, às 08:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **13957155** e o código CRC **D9D3D10C**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21

SEI nº 13957155

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro
Santa Cruz-RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23527.003914/2021-21

Interessado: HUAB

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta pela aprovação do Protocolo - PRT.DM.023 (13937173) que versa sobre Insuficiência istmocervical - **IIC E CERCLAGEM UTERINA**, expresso na Certidão DM/GAS/HUAB-UFRN (13937180), onde consta as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão;

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta pela aprovação do Protocolo - PRT.DM.019 (13956955) que versa sobre **ASSISTÊNCIA AO PARTO DE RISCO HABITUAL**, expresso na Certidão DM/GAS/HUAB-UFRN (13957155), onde consta as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão;

A Gerência de Atenção à Saúde se manifesta pela aprovação do Protocolo - PRT.DM.018 (14144262) que versa sobre **PARTO VAGINAL OPERATÓRIO**, expresso na Certidão DM/GAS/HUAB-UFRN (14144004) e no Despacho - SEI DM/GAS/HUAB-UFRN (14144480), onde consta as assinaturas eletrônicas dos responsáveis pela elaboração e revisão;

Ressalto que estas aprovações não envolvem a análise técnica, considerando ser esta uma responsabilidade das áreas competentes que elaboraram e revisaram os referidos protocolos assistenciais, conforme consta nas certidões supracitadas.

Por fim, submeto à validação do Setor de Vigilância em Saúde.

Atenciosamente,

(assinado e datado eletronicamente)

FLÁVIA ANDRÉIA PEREIRA SOARES DOS SANTOS
Gerente de Atenção à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos, Gerente**, em 14/06/2021, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **14059083** e o código CRC **F2FD68DD**.

Referência: Processo nº 23527.003914/2021-21 SEI nº 14059083