

PROTOCOLO

HC-UFTM/HU BRASIL

Condução do Trabalho de Parto

Versão: 3 / 2026



Hospital de Clínicas



SUPERINTENDENTE

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

CHEFE DA DIVISÃO DE GESTÃO DO CUIDADO

FERNANDO DE FREITAS NEVES

CHEFE DO SETOR DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

IVONE APARECIDA VIEIRA DA SILVA

CHEFE DA UNIDADE DE SAÚDE DA MULHER

ROSEKEILA SIMÕES NOMELINI

ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL

Rosekeila Simões Nomelini, Unidade de Saúde da Mulher

VALIDAÇÃO TÉCNICA

Ivone Aparecida Vieira da Silva, Setor de Cuidados Especializados

Fernando de Freitas Neves, Divisão de Gestão do Cuidado

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

APROVAÇÃO

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, Gerência de Atenção à Saúde

Data da emissão: 15/9/2026

Vigência: dois anos

Código do documento: PRT.HC-UFTM-UMUL.015

ISBN:

Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2026, HU Brasil. Todos os direitos reservados

www.gov.br/hubrasil



Hospital de Clínicas



1. OBJETIVOS

Sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas na condução do trabalho de parto, fornecendo orientação aos envolvidos no cuidado.

2. JUSTIFICATIVAS

Uma adequada assistência ao parto e ao nascimento pode reduzir intervenções desnecessárias no processo de assistência ao parto vaginal e, conseqüentemente, os seus agravos; é importante uniformizar e padronizar as práticas utilizadas na assistência ao parto.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Não se aplica.

4. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

As atribuições, competências e responsabilidades da condução do trabalho de parto são de responsabilidade da equipe médica da Obstetrícia e da Medicina Fetal da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM).

5. DEFINIÇÃO

O parto intra-hospitalar é realizado através de medidas de assistência e uso de ferramentas cientificamente embasadas que buscam promover um ambiente seguro e acolhedor para mãe e conceito. O trabalho de parto é o processo fisiológico que objetiva expulsar o feto, a placenta e as membranas para o exterior do útero através do canal de parto e ocorre com idade gestacional igualou superior a 20 semanas. Pode ser dividido em:

- ✓ Pré-termo: 20 a 36 semanas e 6 dias de gestação;
- ✓ Termo: 37 a 41 semanas e 6 dias de gestação; e
- ✓ Pós-termo: 42 semanas ou mais semanas de gestação.
- Clinicamente, o parto pode ser dividido em 4 períodos:
 - ❖ 1º período - Dilatação: inicia-se com as primeiras contrações uterinas dolorosas que modificam a cérvix e termina com a dilatação completa do colo uterino (subdivido em fase latente e ativa):
 - Fase latente: contrações uterinas dolorosas e alguma modificação cervical, com dilatação < 4cm;
 - Fase ativa: contrações uterinas dolorosas e regulares e dilatação cervical progressiva a partir de 4 a 5cm;
 - ❖ 2º período - Expulsão: inicia-se com dilatação completa e se encerra com a saída do feto;
 - ❖ 3º período - Dequitação: inicia-se logo após o nascimento e termina com a expulsão da placenta;
 - ❖ 4º período - Inicia-se após a dequitação placentária e persiste na primeira hora após o parto.

6. ATENDIMENTO INICIAL

Deve ser realizada inicialmente pelo médico residente, sempre orientado pelo médico preceptor responsável pelo plantão.

Comunicação Efetiva

- Apresentar-se à paciente e acompanhante;
- Exposição da equipe e das condições e estrutura hospitalar;
- Construir uma boa relação médico-paciente;
- Incluir paciente nas tomadas de decisões;
- Explicar em linguagem simples o quadro clínico e as condutas propostas para a paciente;
- Questionar se paciente compreendeu as explicações dadas.

Atenção à privacidade da paciente!

O HC-UFTM é um hospital escola, por isso, é corriqueiro que, durante o atendimento ou internação da paciente, muitos sejam os médicos envolvidos num curto intervalo de tempo. Detalhes como cumprimentar, fechar a porta, pedir licença ao interromper uma consulta ou discussão devem fazer parte da rotina assistencial.

Acolhimento emocional

- Toda paciente tem direito a acompanhante de sua escolha;
- As condições estruturais do HC-UFTM não permitem mais de um acompanhante (cônjuge/familiar/amigo/doula);
- Avaliar a necessidade de avaliação multiprofissional pela Psicologia e/ou Serviço Social.

Anamnese

- Definição da Idade Gestacional – IG (data de última menstruação - DUM e ultrasonografia - USG)
- Queixas: detalhamento;
- Análise do cartão de pré-natal: anotar: ABO-Rh, coombs indireto, sorologias e evolução do pré-natal, identificando possíveis alterações.

Exame físico geral

- Atenção especial na aferição da Pressão Arterial (PA).

Exame obstétrico

- Definição da estática fetal;
- Definição de trabalho de parto (TP).

Na ausência de TP (e descartando outros motivos para internação hospitalar), orientar paciente sobre fase latente de trabalho de parto, estratégias para alívio se ocorrência de dor e busca imediata por pronto atendimento se dor forte do tipo contração ritmada, perda de líquido ou sangue via vaginal, redução da movimentação fetal ou outras intercorrências.

- Sempre avaliar facilidade de acesso à instituição. Orientar casa de apoio, se dificuldade de acesso rápido;
- Se sinais de trabalho de parto, proceder internação e encaminhar paciente ao pré parto.

OBSERVAR SINAIS DE GRAVIDADE
PA superior a 160X110mmHg
Gestante com sangramento vaginal aumentado
Iminênciade eclâmpsia: epigastralgia, cefaleia ou alterações visuais
Alterações no batimento cardíaco fetal (BCF): taquicardia/bradicardia
Gestante com insuficiência respiratória
Presença de prolapso de cordão
Sinais de iminência e/ou rotura uterina

7. CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

Presença de contrações uterinas regulares, associadas a alterações cervicais: apagamento e dilatação de 4 a 5cm.

Observação: em caso de dúvidas, indicada reavaliação da paciente regularmente para evitar internações precoces e intervenções desnecessárias. A gestante só deve ser internada na fase ativa do trabalho de parto.

8. EXAMES COMPLEMENTARES

- Tipagem sanguínea (se não tiver no cartão de pré-natal);
- Coombs indireto (quando Rh negativo);
- VDRL;
- Teste rápido de HIV;
- Hematimetria/hemograma (se sangramento transvaginal);
- PH do sangue do cordão umbilical venoso e arterial;
- Outros exames, se cartão de pré-natal incompleto (vide protocolo de pré-natal).

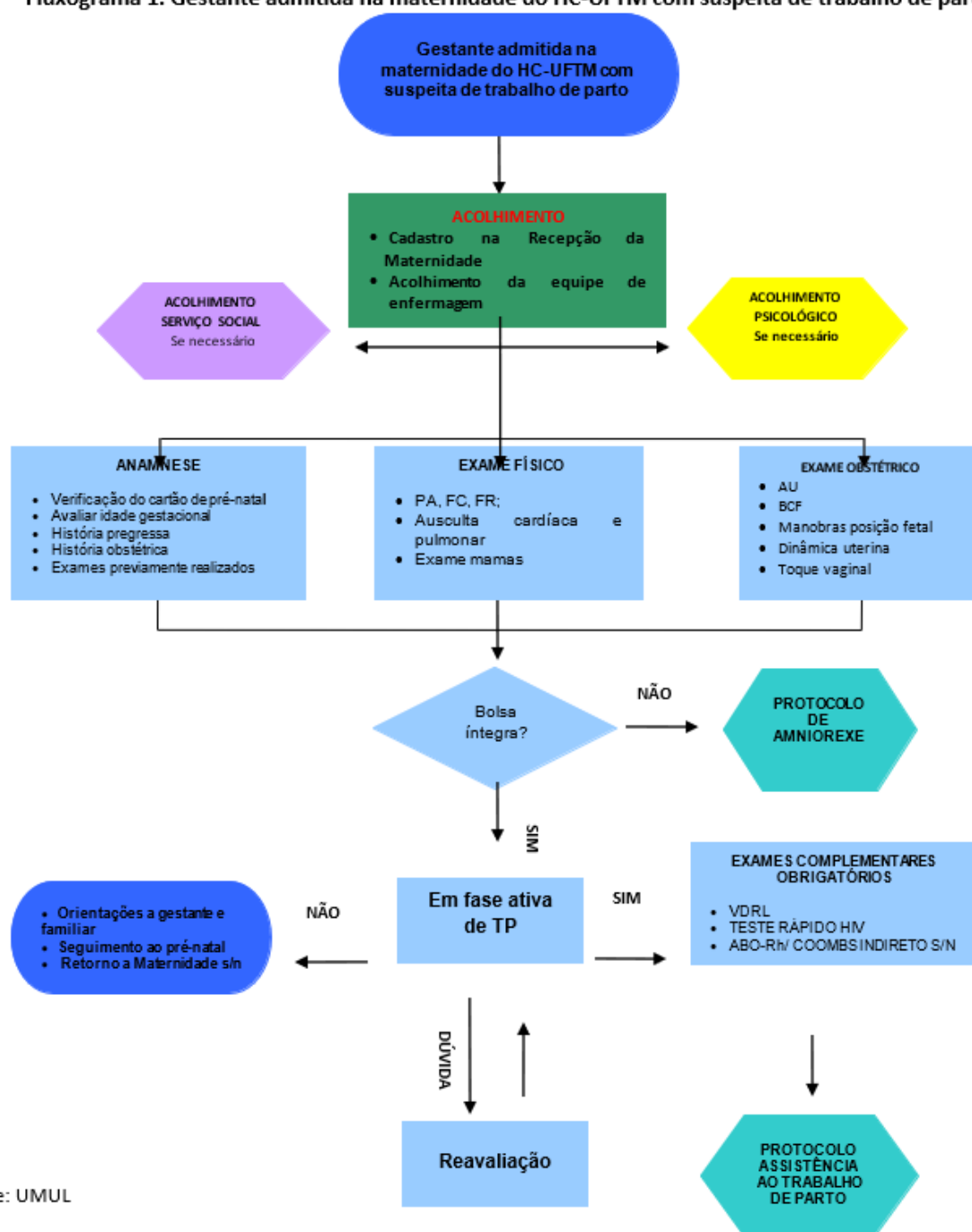
9. REGISTROS

Devem ser realizados inicialmente pelo residente médico, sempre orientado pelo médico preceptor responsável pelo plantão.

- Na admissão, deverá ser assinada, pela paciente e/ou representante legal, termo de consentimento livre esclarecido e informado (TCLE) para realização de qualquer procedimento (exemplo: infusão de ocitocina, amniotomia, episiotomia), evidenciando a possível necessidade;
- Ler e discutir em conjunto sobre plano de parto (quando apresentado pela paciente) e viabilidade de seus itens, de acordo com as condições físicas, estruturais e dos protocolos de assistência obstétrica e pediátrica.

Segue fluxograma 1 da gestante admitida no HC-UFTM com suspeita de trabalho de parto.

Fluxograma 1. Gestante admitida na maternidade do HC-UFTM com suspeita de trabalho de parto



Fonte: UMUL

10. ASSISTÊNCIA AO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO (DILATAÇÃO)

Em primíparas, espera-se duração entre 8h e 18h; já em multíparas, duração entre 5h e 12h da fase ativa do primeiro período.

10.1 Cuidados gerais

a. Nutrição

- Dieta branda/leve; oferecer sucos, gelatinas e sorvetes. Observação: pacientes que receberam opioides (incluindo analgesia regional), avaliar receber antagonistas H2 e dieta livre de resíduos.

b. Higiene

- Estimular medidas de higiene habituais da paciente;
- Promover banho, troca de camisola, lençol e forro de cama, favorecendo o bem-estar materno;
- Não realizar ENEMA e TRICOTOMIA de rotina; se desejado pela paciente, aparar pelos à tesoura ou com tonsurador apropriado; não utilizar giletes ou lâminas de bisturi.

c. Acesso Venoso Periférico

- Não realizar de rotina;
- Indicado se necessidade de medicação venosa, hidratação ou analgesia regional, ou se sinais de instabilidade hemodinâmica.

d. Posição da Parturiente

- Deve-se respeitar a posição mais confortável para paciente tanto no primeiro quanto no segundo período do parto, devendo encorajá-las a se movimentarem.

11. MONITORIZAÇÃO INTRAPARTO

- Temperatura axilar de 4/4h;
- PA e FC (frequência cardíaca) materna de 2/2h se paciente hipertensa de 1/1h;
- Dinâmica Uterina de 1/1h;
- BCF de 15/15 min;
- Toque vaginal de 4/4h, ou antes se: desejo da paciente ou preocupação com progresso do parto, amniorrexe, indicação de analgesia ou diante de anormalidades de FCF (frequência cardíaca fetal);
- O uso de cardiotocografia (CTG) em gestações de baixo risco está contraindicado, devido ao alto índice de resultados falsos positivos.
- ✓ Realizar CTG já à admissão se: presença de crescimento intrauterino restrito (CIUR) ou macrosomia, anidrâmnio ou polidrâmnio, BCF < 110 ou > 160bpm, desacelerações à ausculta intermitente ou redução da movimentação fetal nas últimas 24h. Se CTG normal, manter ausculta intermitente;
- ✓ Realizar CTG contínua a qualquer momento se FC materna > 120bpm em 2 ocasiões com intervalos de 30min; Tax – temperatura axilar > 38°; dor relatada não sugestiva de contrações; presença de mecônio; sangramento vaginal durante trabalho de parto; PA > ou = 160x110mmHg em uma ocasião ou > ou = 140x90 em duas ocasiões com intervalo de 30min; suspeita de taquissístolia ou hipertonia; uso de ocitocina.
- Toda avaliação deve ser registrada em prontuário/ **Partograma** (ver item 24).

12. CONTROLE DA DOR

12.1 Estratégias não farmacológicas

- Banho de aspersão;
- Massagem;
- Exercícios respiratórios;
- Exercícios em bola de Bobath/suíça;
- Músicas de escolha da paciente (como o pré-parto é compartilhado, garantir comum acordo das pacientes);
- Devem ser sempre oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.

12.2 Estratégias Farmacológicas

- NÃO UTILIZAR OPIOIDE (endovenoso/intramuscular) de rotina, pois oferecem alívio limitado da dor e apresentam efeitos colaterais significativos para a mulher (náusea, sonolência e tonteira) e concepto (depressão respiratória ao nascer, sonolência, prejuízo no aleitamento materno);
- ANALGESIA REGIONAL
 - Orientar risco x benefícios: maior chance de período expulsivo prolongado e parto instrumental;
 - Analgesia peridural e a analgesia combinada raqui-peridural: de acordo com experiência do anestesiológista;
 - Gestante deve ser acompanhada conjuntamente com anestesiológista;
 - Avaliar hipotensão arterial pós-procedimento;
 - Monitorização: oximetria de pulso; PA e BCF de 5/5min nos primeiros 30 minutos ou PA de 5/5min e CTG nos primeiros 30 minutos;
 - Não se faz necessário ocitocina de rotina, apenas se indicação habitual.

13. ELIMINAÇÃO DE MECÔNIO

- Realizar CTG para avaliação de bem-estar fetal, independente da gradação e classificação de mecônio;
- Não consiste em indicação isolada de cesariana.

14. TRABALHO DE PARTO DISTÓCICO

14.1 Partograma: indicada necessidade de intervenção

- Dilatação cervical <2cm em 4 horas para as primíparas;
- Dilatação cervical <2cm em 4 horas ou progresso lento do TP para as múltiparas;
- Alteração da intensidade, duração e frequência das contrações uterinas;
- Ausência de descida e rotação do polo cefálico.

14.2 Conduta

Todas as condutas devem ser indicadas pelo médico preceptor, responsável pelo plantão, e realizadas pelo médico residente, ao lado de seu preceptor.

a. Amniotomia



- Não realizar de rotina (apenas se evidência de TP distócico);
- Explicar procedimento à paciente – pedir consentimento verbal e justificar no prontuário;
- Expectativa de redução do TP em 1 hora e aumento da intensidade e frequência das contrações uterinas;
- Realizar ausculta cardíaca fetal antes e após procedimento;
- Realizar novo toque vaginal 2h após procedimento – considerar falha de progressão se aumento < 1cm, sendo necessário avaliar outra forma de intervenção.

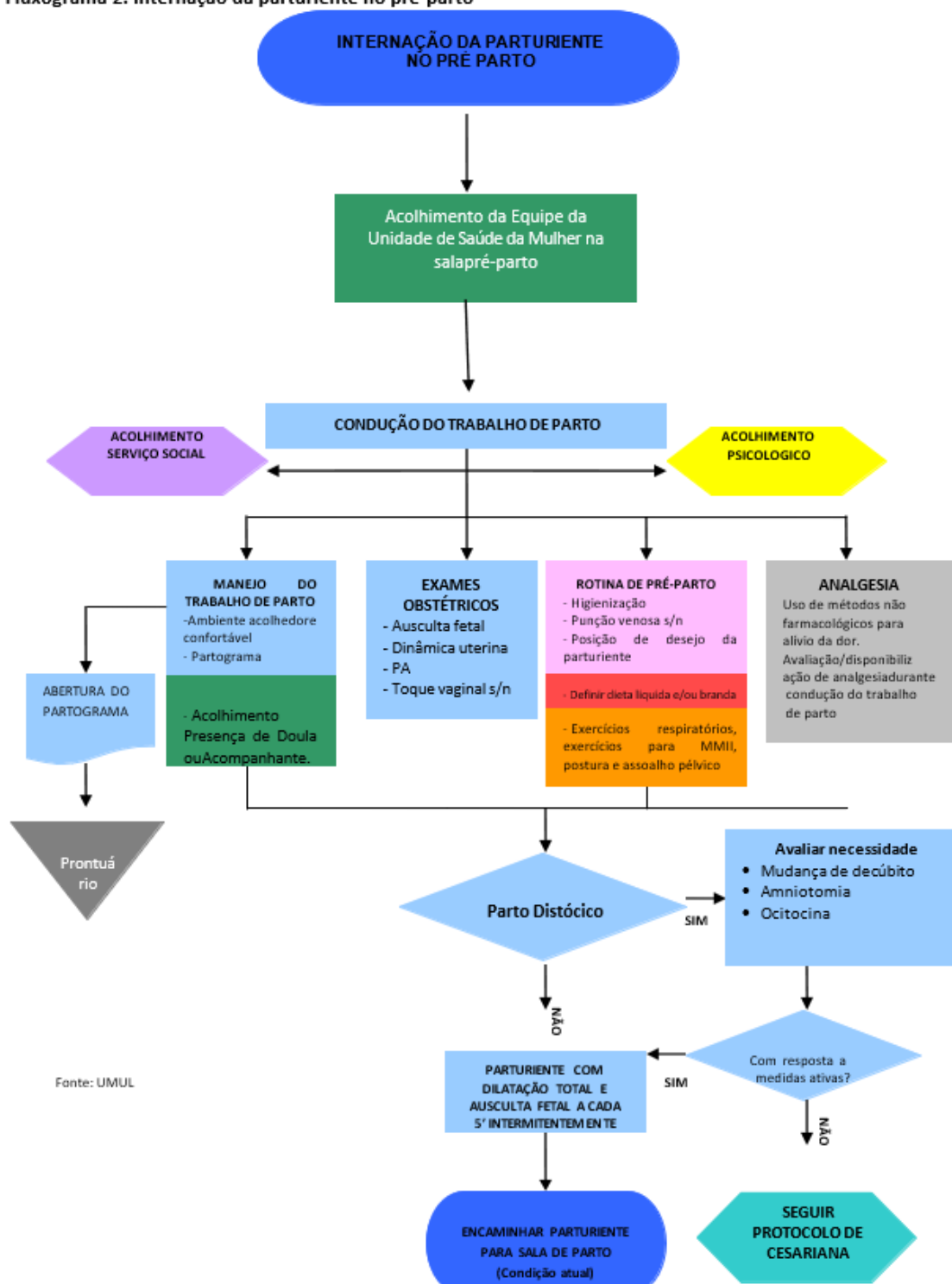
b. Uso de Ocitócito

- Não usar de rotina;
- Durante o uso, deve-se avaliar regularmente as contrações uterinas e a FCF;
- Objetivo: 4 a 5 contrações a cada 10 minutos;
- Realizar novo toque vaginal 2 horas após início de infusão – considerar falha de progressão se aumento < 2cm em 4 horas;
- Sempre justificar em prontuário;
- Instruções para uso:
 - Diluir 5UI em 500ml de soro fisiológico (SF) ou ringer lactato ou soro glicosado 5%;
 - Sempre em bomba de infusão;
 - Iniciar com 12ml/h (equivalente a 2mUI/min);
 - Aumento de dose a cada 30 minutos (NÃO aumentar em intervalo menor!);
 - Dose máxima: 240ml/h (equivalente a 40mUI/min) ou 120ml/h com 2 ampolas em 500ml (10UI).
- Durante o uso, deve-se avaliar constantemente as contrações uterinas e a FCF;
- Descontinuar o uso de ocitocina se: o padrão contrátil exceder 5 contrações em 10 minutos, as contrações tiverem duração maior que 1 minuto ou se houver desaceleração da FCF.

15. REANIMAÇÃO INTRAUTERINA

- Se alteração na ausculta intermitente, realizar CTG;
- Diante de condição fetal suspeita (categoria 2) em CTG, buscar reverter possíveis ações causadoras (exemplo: hipotensão materna, taquissistolia, hipóxia materna);
- TAQUISSISTOLIA: suspender ocitocina; se ausência de resposta, usar Terbutalina subcutânea 0,25mg;
- BRADICARDIA FETAL OU VARIABILIDADE REDUZIDA:
 - Mudança de decúbito (principalmente para Decúbito Lateral Esquerdo);
 - Hidratação endovenosa: SF0,9% ou Ringer lactato.
 - Avaliar oxigenioterapia facial materna (5l/min em máscara facial), em especial se comprovada hipóxia materna (SPO2<94%);
 - Estimulação de couro cabeludo/mobilização do polo cefálico durante toque vaginal (se provocar aumento da FCF é improvável que haja acidose fetal).

Fluxograma 2. Internação da parturiente no pré-parto



16. ASSISTÊNCIA AO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO (EXPULSIVO)

- A avaliação inicial deve ser realizada por médico, conforme a organização assistencial da unidade. Quando houver participação de profissionais em formação (alunos e residentes), suas atividades deverão ocorrer sob supervisão do médico responsável, em conformidade com as normas institucionais e de ensino.

- Fase passiva: dilatação total do colo uterino sem sensação de puxos; se paciente recebeu analgesia, essa fase dura enquanto polo cefálico estiver alto;
- Fase ativa: esforço materno ativo (puxos espontâneos) ou polo cefálico visível; para condução clínica da paciente, não distinguir fase ativa e passiva. Não se deve considerar período expulsivo prolongado antes de 3 horas em nulíparas e 2 horas em múltíparas (ou quatro e três horas, respectivamente, se estiver em analgesia neuroaxial).

16.1 Orientações Gerais

- Estimular puxos espontâneos (orientar fazer força quando sentir vontade), porém evitar puxos dirigidos; se analgesia, aguardar 1h de dilatação completa para orientar puxos;
- Diante de puxo ineficaz, avaliar mudança de posição da parturiente, esvaziamento de bexiga, suporte psicológico;
- Contraindicada Manobra de Kristeller.

16.2 Monitorização durante período expulsivo

- PA de 1/1h;
- BCF de 5/5min;
- Toque vaginal de 1/1h ou antes se desejo da paciente ou preocupação com progresso do parto.

16.3 Proteção do Períneo

- Massagens perineais e compressas mornas não melhoram desfechos;
- NÃO estimular manualmente o períneo posterior;
- Técnica ‘mãos sobre’: proteger períneo e controlar deflexão fetal;
- ✓ Amortecer o desprendimento, apoiando a mão não dominante sobre a apresentação para que a deflexão se realize lentamente, distendendo progressivamente os tecidos e evitando lacerações; orientar paciente a não realizar puxo nesse momento;
- ✓ Colocar, com a mão dominante, uma compressa sobre o períneo, pressionando-o no sentido de manter a apresentação a mais fletida possível.

16.4 Episiotomia

- Não realizar de rotina; se necessário, justificar em prontuário;
- Trauma perineal de 4º grau em parto anterior não é indicação de episiotomia profilática;
- **Indicações:** alteração da FCF; alto risco de laceração perineal grave ou distócia significativa dos tecidos moles;
- Não é indicação de rotina nos partos instrumentalizados ou na distócia de ombros, devendo ser avaliado individualmente.
- Técnica: Sob analgesia adequada (regional ou local);
- ✓ se local: lidocaína a 1%, tanto no plano superficial como profundo;
- ✓ incisão médio-lateral direita, iniciando na fúrcula vaginal e com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60°, com tesoura reta, no momento da distensão perineal por um puxo.

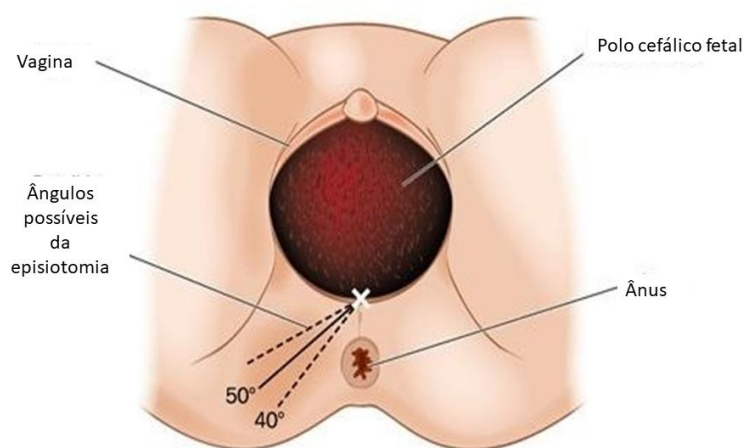


Figura 1. Episiotomia. Fonte: <https://www.news-medical.net/health/Episiotomy-Procedure.aspx> (modificado).

17. CIRCULAR DE CORDÃO

- 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.
- Descrever em prontuário a presença, o número e a tensão das circulares de cordão.

18. SINAIS DE FALHA DE PROGRESSÃO DO 2º PERÍODO

- Período expulsivo maior que 3h em primíparas e 2h em multíparas;
- Considerar acompanhamento além do período estipulado, se observado progresso;
- Cautela em feto sem OS, pois podem apresentar progressão mais lenta.

19. PERÍODO EXPULSIVO DISTÓCICO

Considerar intervenção se progresso (rotação e descida fetal) não for adequado após 1h em primíparas e 30 minutos em multíparas;

As condutas no período expulsivo distóxico devem ser primeiramente orientadas e decididas pelo médico preceptor responsável pelo plantão.

19.1 Condutas

a. Amniotomia

b. Uso de Ocitócito

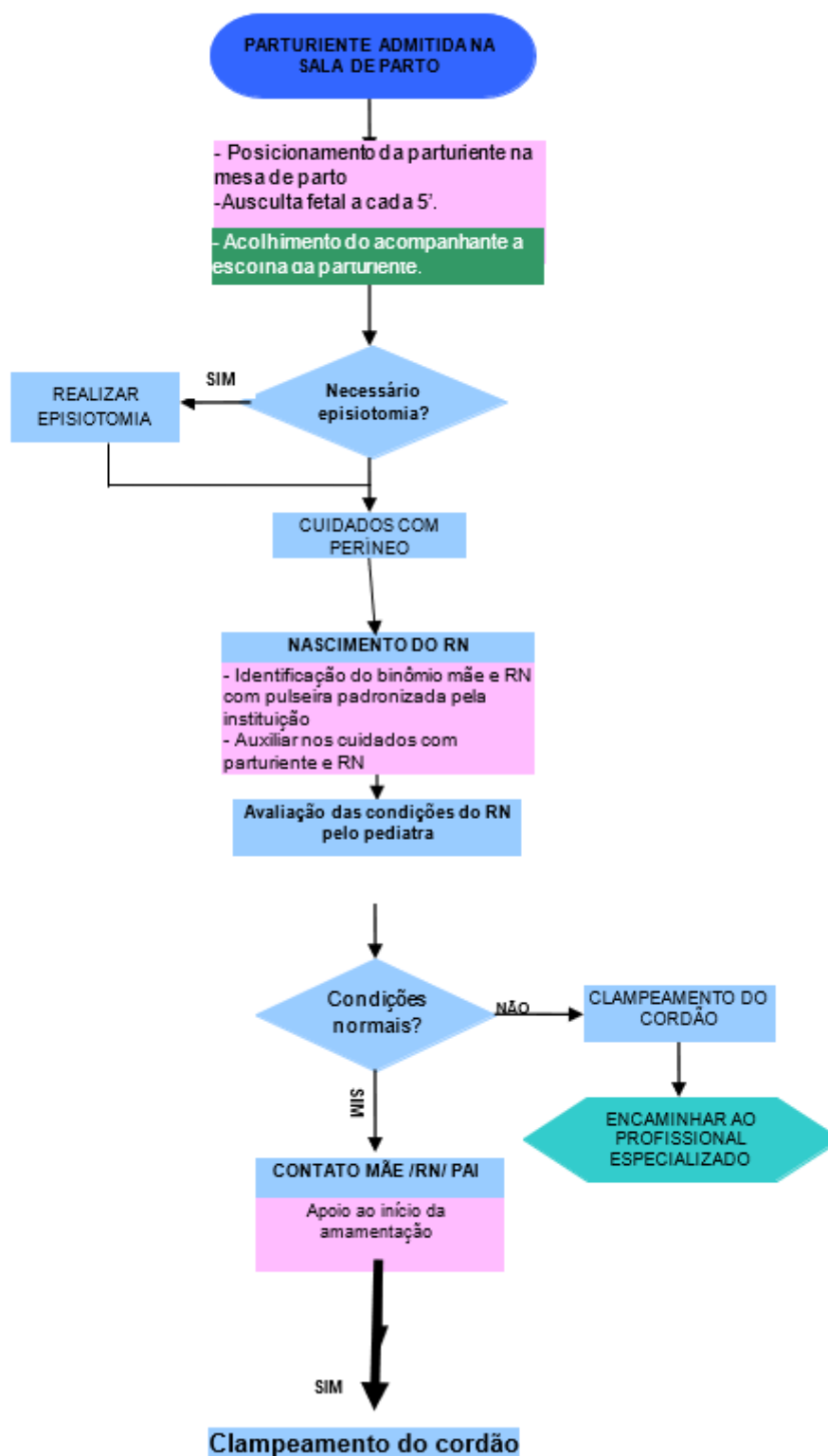
- Se contrações inadequadas;

c. Parto Instrumental

- Indicações: falha de agressão de 2º período do parto; ausência de segurança de bem-estar fetal; exaustão materna ou patologia cardíaca/pulmonar/neuromuscular associada;
- Idealmente sobre anestesia regional; se não disponível, realizar bloqueio de pudendo associado a anestesia perineal local.
- Condições de aplicabilidade: colo totalmente dilatado, bolsa rota, +2/+3 de Lee, cefálico em Occipito-púbico (OP) ou Occipito-sacro (OS) e bexiga vazia (usar SVA - Sonda vesical de alívio);
- Avisar paciente sobre cada etapa do procedimento. Obter consentimento verbal.

d. Caso não haja sucesso nas manobras anteriores, indicar **PARTO CESARIANA**.

Fluxograma 3. Parturiente admitida na Sala de Parto



Fonte: UMUL

20. ASSISTÊNCIA AO TERCEIRO DO PARTO (DEQUITAÇÃO)

Duração média de 30 minutos. Deve ser realizada por médico, conforme a organização assistencial da unidade. Quando houver participação de profissionais em formação (alunos e residentes), suas atividades deverão ocorrer sob supervisão do médico responsável, em conformidade com as normas institucionais e de ensino. Se após o período de 30 minutos a placenta não tiver sido retirada, o médico pode partir para extração manual ou curagem.

20.1 Orientações Gerais

Colocar o recém-nascido (RN) em **contato pele e pele** com a mãe; estimular o aleitamento materno ainda na sala de parto, mantendo esse contato idealmente durante pelo menos uma hora.

❖ Clampeamento do cordão

- Aguardar entre 1-3 minutos;
- Em casos especiais (infecção materna pelo HIV e sinais de Hipoxemia fetal):clampear imediatamente;
- O cordão deve ser seccionado entre duas pinças a cerca de 2-3 cm do abdome fetal;
- Registrar em prontuário o tempo esperado para clampeamento.

Recomenda-se **CONDUTA ATIVA**, buscando diminuir ocorrência de hemorragia e transfusões sanguíneas:

a. Uso de Uterotônico Profilático

- 10 UI de Ocitocina intramuscular após desprendimento fetal, ANTES MESMO DO CLAMPEAMENTO E CORTE DO CORDÃO UMBILICAL;
- Não utilizar Ergometrina de rotina, como profilaxia de hemorragia pós-parto.

b. Tração do cordão umbilical

- Deve ser realizada de maneira segura e controlada;
- Verificar sinais de desprendimento placentário do fundo uterino;

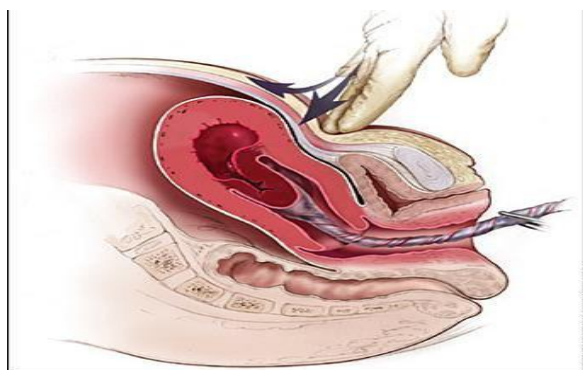


Figura 2. Manobra de Andrews-Brant. Fonte: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/hemorragia-puerperal.pdf>

Após dequitação: **EXAMINAR CUIDADOSAMENTE PLACENTA E MEMBRANAS AMNIÓTICAS**

- Registrar em prontuário (o registro deve ser realizado pelo médico residente);
- Encaminhar placenta ao anatomopatológico, se necessário.

21. TERCEIRO PERÍODO DISTÓCICO

- Providenciar analgesia regional e acesso venoso calibroso;

- Orientar paciente sobre quadro e condutas propostas;
- Remoção manual ou cirúrgica da placenta.

22. ASSISTÊNCIA AO QUATRO PERÍODO DO PARTO

Observação nas primeiras 2 horas pós parto.

22.1 Monitorização Materna

- Dados vitais: Tax, PA e FC a cada 30/30min;
- Observação rigorosa de sangramento;
- Avaliar diurese espontânea.

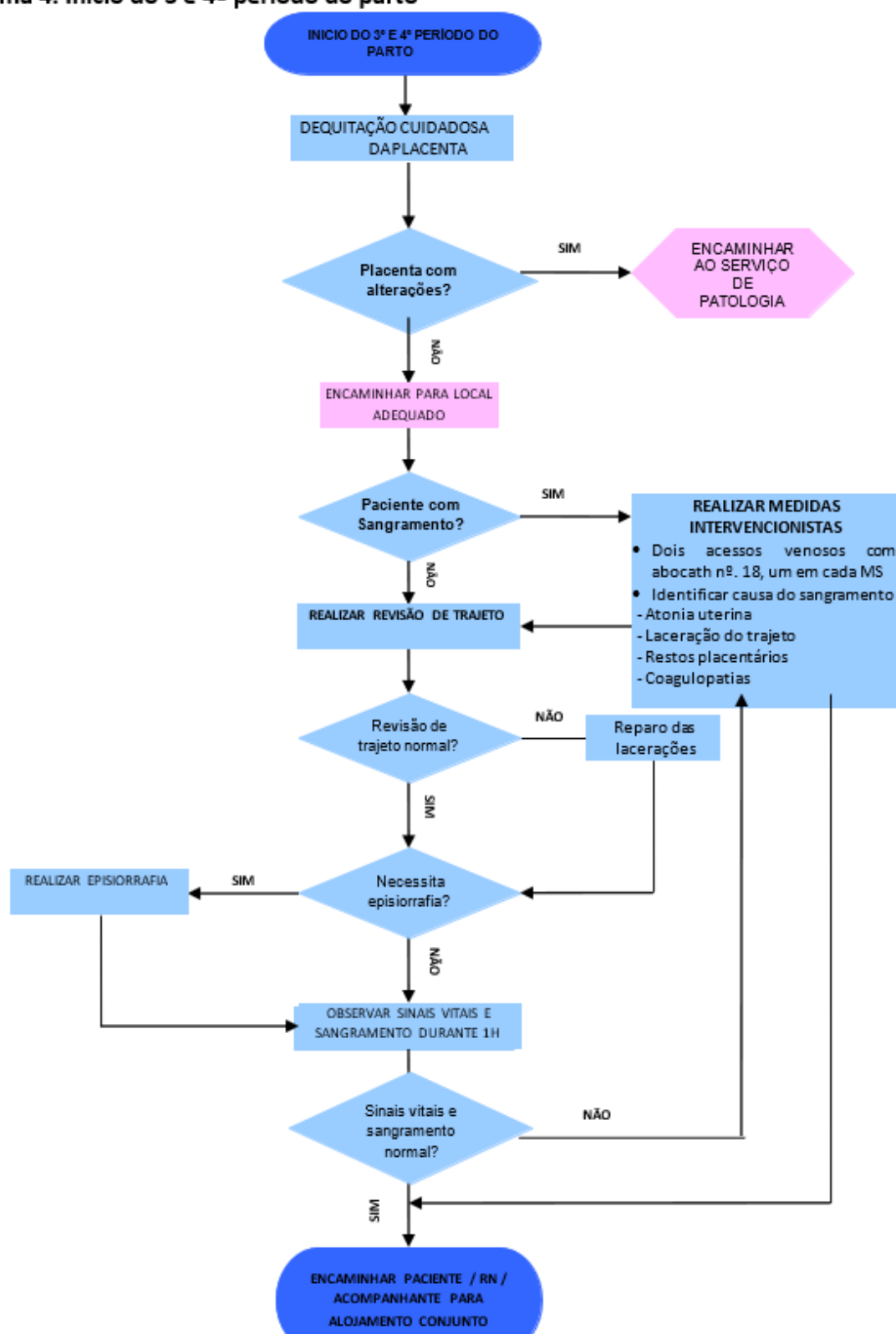
22.2 Cuidados com Périneo

- Realizar revisão de trajeto – orientar paciente;
- Se necessidade de sutura, garantir analgesia (infiltração de até 20 ml de lidocaína 1%).
- **Espisiorrafia:** preferencialmente, utilizar técnica de sutura contínua para mucosa e músculo; Se necessário suturar pele, utilizar técnica de ponto intradérmico contínuo.
- **Sutura de Laceração:** descrever grau de laceração, assim como técnica e fios utilizados; Preferir quando disponível fio vicryl, por sua melhor força tênsil e de maior duração que o fio cromado; (ALSO 2018).
- **VICRYL:** resposta tecidual leve; absorção total em 60-90 dias; diminui dor a longo prazo;
- **CATGUT CROMADO:** intensa resposta inflamatória; mantém força tênsil por 7 a 10 dias;
- Absorção de tempo imprevisível, sendo mais rápida em tecidos infectados;
- Diante de qualquer lesão de musculatura perineal, realizar exame retal antes da sutura para verificar se ocorreu algum dano ao esfíncter anal externo e interno e, após sutura, para avaliar perfuração acidental de mucosa retal; trocar de luva após exame retal;
- Preferencialmente, utilizar técnica de sutura contínua para mucosa e músculo; se necessário suturar pele, utilizar técnica de ponto intradérmico contínuo;
- Em lacerações de 3º e 4º grau: dose única de Cefalosporina de 2ª geração, dieta laxativa e laxantes por 14 dias.

23. AVALIAÇÃO DO SANGRAMENTO VAGINAL

Se anormal, iniciar medidas intervencionistas:

- Puncionar dois acessos venosos com abocath nº 18, um em cada membro superior, para infusão de líquidos, medicações e hemoterapia s/n;
- Esvaziamento da bexiga com SVA;
- Tratamento de acordo com a causa do sangramento (*vide protocolo Assistência ao Puerpério, link nas referências*):
 - a. Atonia Uterina: realizar massagem uterina e infusão de drogas uterotônicas. (ocitocina: 10 a 40UI em 1000ml de solução salina endovenosa contínua / metilergometrina: 0,2mg IM a cada 2 a 4h / misoprostol: 800 mcg via retal) associada ácido tranexâmico 1g EV DU;
 - b. Lacerações de trajeto: sutura das lacerações com fio vicryl;
 - c. Retenção de tecidos placentários: curetagem e/ou curagem uterina.

Fluxograma 4. Início do 3 e 4º período do parto

Fonte: UMUL

24. FICHA DE TRABALHO DE PARTO

PARTOGRAMA UTILIZADO NO HC-UFTM

FICHA DE TRABALHO DE PARTO		HOSPITAL DE CLÍNICAS DISCIPLINA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	
Data: ____/____/____	Prontuário: _____		
Nome: _____	Idade: _____		
DUM _____	DPP _____	IG(DUM) _____	US(DUM) _____
G _____	P _____	(N C F) A _____	ABO Rh (mãe) _____ RN _____
Distância (cm) 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1		De Lee Hodge - AM I - 3 II - 2 II - 1 II - 0 III + 1 III + 2 IV + 3 IV + 4 IV Vulva IV	
Dia de início Hora real Hora de registro			
FCF (bat./min.) 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80			
Contracções 1-19 seg ☒ X 20-39 seg ☐ >40 seg ☐			
Bolsa LA OCITOCINA			
MEDICAMENTOS FLUIDOS ANESTESIA			
EXAMINADOR		OBSERVAÇÕES	
		ASSINCLITISMO ANT ASSINCLITISMO POST SINCLÍTICA PÉLVICA SÍMPLES PÉLVICA PODAL MENTO NASO	
		CÓDIGO	

Figura 3. Ficha de trabalho de parto

DESCRIÇÃO DO PARTO:

TRABALHO DE PARTO
 Duração: Dilatação _____ h Expulsão _____ h Secundamento _____ h

ANALGESIA
 sim () não () Dilatação _____ cm _____ h
 Tipo _____
 Drogas _____

PARTO
 Normal () Fórceps () Vácuo extrator () Cesárea ()
 Expulsão: Data ____/____/____ Horário _____
 Peso: _____ Apgar 1º min: _____ Apgar 5º min: _____
 Circular de Cordão: sim () não () frouxa () tensa ()
 Manobras durante o parto: _____
 Episiotomia: sim () não ()
 Laceração de períneo: não () 1º grau () 2º grau () 3º grau () 4º grau ()
 Clampeamento do cordão: < 1 minuto () > 1 minuto ()
 Dieta no trabalho de parto: Zero () Líquida/leve () Geral ()
 Posição do parto: Litotômica () Não litotômica ()
 Acompanhante: sim () não () companheiro () mãe () outros: _____

INTERCORRÊNCIAS
 Parto fórceps: Indicação: _____
 Tipo de fórceps: _____ Altura apresentação (De Lee) _____
 Variedade apresentação: _____
 Parto cesárea: Indicação: _____
 Primípara: sim () não ()
 Cesárea anterior: sim () não () Quantas _____

DEQUITAÇÃO
 Espontânea () manobras _____
 Placenta: íntegra: sim () não ()
 Cordão: normal () longo () breve ()
 Inserção _____

4º PERÍODO

Tempo	PA	PULSO	E. GERAL	ÚTERO	SANGRAMENTO
30 min					
1 h					
1h e 30 min					
2 h					

Utilizado ocitocina 10UI pós-parto imediato: sim () não ()
 Amamentação na primeira hora: sim () não ()
 Contato pele na primeira hora: sim () não ()
 Houve necessidade de reanimação neonatal: sim () não ()

COMPLICAÇÕES: _____

 Interno Residente / CRM Staff / CRM

Figura 3. verso

25. MONITORAMENTO

Será realizado pela equipe da Obstetrícia e pela equipe da Medicina Fetal.

26. REFERÊNCIAS

Brasil. **Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde.** Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CONITEC. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal - Relatório de recomendação.** Ministério da Saúde. Janeiro/2016.

NICE: **National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies.** Clinical guidelines. Published: 3 December 2014. NICE 2020; Last updated February 2017.

Codarin RR, Francisco RP. **Discinesias da contratilidade uterina e sua correção.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 103/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

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).

Benzecry RM, Trapani Júnior A. **Parto vaginal operatório: fórceps e vácuo.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 105/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao abortamento, parto e puerpério).

ALSO Brasil – **Advanced Life Support in Obstetrics** = Manual e Programa de Estudos: São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos, 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Comissões de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais. Protocolo “Assistência ao Puerpério”. Disponível:

https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-uftm/documentos/protocolos-assistenciais/PRT.CPAM.052Assistencia_ao_puerperioversao2.pdf

Acesso em 8/4/2024.

27. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	8/11/2021	Elaboração da 1ª versão do Protocolo (PRT)
2	17/4/2024	Revisão do documento
3	15/9/2026	Atualização e inserção em novo modelo

28. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO**Elaboração da versão atual (versão 3) – data: 26/5/2026**

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da Unidade de Saúde da Mulher (UMUL)

Validação técnica – data: 27/5/2026 a 7/8/2026

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do Setor de Cuidados Especializados (STESP)

Fernando de Freitas Neves, chefe da Divisão de Gestão do Cuidado (DGC)

Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente

Aprovação – data: 25/8/2026

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende, gerente de atenção à saúde

Registro, validação de forma e revisão – data: 15/9/2026

Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental

Elaboração da versão 2 – data: 17/4/2024

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Validação

Larissa Christina Pires Barrientto, membro validador da Comissão de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais

Luciana Paiva Romualdo, chefe do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ)

Registro, análise, colaboração e revisão

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG)

Aprovação

Luiz Antonio Pertili de Resende, gerente de atenção à saúde

Elaboração da versão 1 – data: 8/11/2021

Isabela Rossi Oliveira: médica residente da Ginecologia e Obstetrícia

Mário Sérgio Silva Gomes Caetano, Marina Carvalho Paschoini, Alberto Borges Peixoto, Caetano Galvão Petrini e João Ulisses Ribeiro, profissionais médicos

Validação

Rosekeila Simões Nomelini, chefe da UMUL

Ivone Aparecida Vieira da Silva, chefe do STESP

Taciana Fernandes Araújo Ferreira, chefe da DGC substituta

Rodrigo Juliano Molina, médico do STGQ

Luciana Paiva Romualdo, chefe do STGQ

Registro, análise e revisão

Maria Aparecida Ferreira, enfermeira da UPLAG

Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da UPLAG

Aprovação

Andreia Duarte de Resende, gerente de atenção à saúde