

Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual

Protocolos Febrasgo

Obstetria – nº 101 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

César Eduardo Fernandes

Presidente

Corintio Mariani Neto

Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá

Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade

Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Alex Bortotto Garcia

Vice-Presidente

Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina

Vice-Presidente

Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo

Vice-Presidente

Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Vice-Presidente

Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender

Vice-Presidente

Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ASSISTÊNCIA AO ABORTAMENTO, PARTO E PUERPÉRIO – 2016 / 2019

Presidente

Alberto Trapani Júnior

Vice-Presidente

Paulo Roberto Dutra Leão

Secretária

Sheila Koettker Silveira

Membros

Alessandra Cristina Marcolin
Edilberto Alves Pereira da Rocha Filho
Evelise Pochmann da Silva
João Alfredo Piffero Steibel
Márcia Maria Auxiliadora de Aquino
Renato Ajeje
Ricardo Porto Tedesco
Roberto Magliano de Moraes
Roberto Messod Benzecry
Flávia Tarabini Castellani Asmar
Sergio Hecker Luz
Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Assistência aos quatro períodos do parto de risco habitual

João Alfredo Piffero Steibel¹

Alberto Trapani Júnior^{2,3}

Descritores

Parto de vértice; Parto normal; Analgesia de parto; Deiquitação; Pré-parto

Como citar?

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).

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como nascimento normal 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, após o parto, mãe e o recém-nascido encontram-se em boas condições.⁽¹⁾ O presente protocolo aborda as recomendações para a assistência aos quatro estágios do processo de nascimento, em situações eutócicas e sem complicações.

¹Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

³Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, Universidade do Sul de Santa Catarina, São José, SC, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetrícia nº 101, acesse: <https://www.febRASGO.org.br/protocolos>

Primeiro estágio

Admissão

Não é possível definir com exatidão o início do trabalho de parto, bem como o final do primeiro estágio, visto que os exames são realizados de forma intermitente e é muito ampla a variação de sensibilidade entre as parturientes. O diagnóstico de trabalho de parto (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.^(2,3) O primeiro estágio divide-se em uma fase latente, com a mudança gradual e lenta do colo, e de uma fase ativa, com uma dilatação mais avançada, geralmente com 5 cm (ou mais se nulípara).⁽⁴⁾

As gestantes devem ser internadas na fase ativa do trabalho de parto. Não existe consenso sobre a internação na fase latente. Estudos sugerem que as internações precoces estariam associadas a um risco maior de anestesia epidural, uso de ocitocina e cesarianas. Contudo a segurança e a eficácia da internação tardia não foram corretamente avaliadas.⁽³⁾

Parece razoável que pacientes de risco habitual, com membranas íntegras, frequência cardíaca fetal normal, dilatação cervical < 4 cm, sem alteração cervical ou contrações no final de duas horas de observação possam ser liberadas para casa.⁽⁵⁾

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).

Aspectos que devem ser definidos:

- Se as membranas fetais estão intactas. Caso estejam rotas, definir há quanto tempo e descrever o aspecto do líquido amniótico.
- Se existe sangramento vaginal, sua característica e definir sua provável causa.
- Avaliar a dilatação, o comprimento, a consistência, a posição e o apagamento cervical, a altura da apresentação, a situação, a posição e a apresentação fetal.

A pelvimetria, seja clínica ou por métodos de imagem, não deve ser realizada rotineiramente e precisa ser substituída pela prova do trabalho de parto.⁽⁶⁾

Apesar de ser uma prática comum em vários serviços, o exame de cardiocografia rotineiro na admissão de parturientes de risco habitual não mostrou utilidade na melhora dos desfechos.⁽⁷⁾

Quando não possuir exames laboratoriais recentes, os testes rápidos para sífilis, HIV e hepatite B estão indicados.

Não devem ser realizadas a prescrição rotineira de enemas⁽⁸⁾ e de tricotomia.⁽⁹⁾

Alimentação

Durante o trabalho de parto, a ingestão de líquidos e de alimentos com baixo teor de resíduos pode ser permitida nas parturientes com risco habitual de necessitarem de uma anestesia geral.⁽¹⁰⁾ Se necessária a restrição da ingestão oral, no TP mais longo, deve-se considerar a hidratação endovenosa, bem como a administração de glicose e eletrólitos.

Vitalidade fetal

A avaliação materno-fetal frequente é importante, pois as complicações intraparto podem surgir rapidamente, mesmo em mulheres de

risco habitual (20% a 30% de toda a morbidade e mortalidade perinatais ocorrem em gestações sem fatores de risco subjacentes para resultado adverso).⁽¹¹⁾ O controle de vitalidade fetal deve ser realizado com a avaliação da frequência cardíaca, 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.⁽¹²⁾

Contratilidade uterina

Não foi determinada qual a frequência ideal para avaliação habitual da contratilidade uterina. Deve-se registrar (cl clinicamente ou com tocografia externa) a frequência e intensidade das contrações uterinas, a cada uma a duas horas, durante o TP.⁽¹³⁾

Membranas amnióticas

A amniotomia de rotina não deve ser realizada, pois pode aumentar o risco de infecção, sem modificar substancialmente a evolução do TP fisiológico.⁽¹⁴⁾

Mecônio

Além da grande variação intra e interobservador, não há evidências que a classificação em gradação do líquido meconial tenha utilidade clínica.^(15,16)

São discretas as evidências de que a monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal deve ser utilizada para avaliação do bem-estar fetal diante da eliminação de mecônio durante o TP.⁽¹²⁾ Na sua ausência, a ausculta fetal intermitente, seguindo técnicas padronizadas, deve ser usada. O achado de líquido amniótico meconial, isoladamente, não é indicação de cesariana.^(17,18) Deve-se considerar a realização de amnioinfusão diante da eliminação de

mecônio durante o TP, principalmente, se não houver disponibilidade de monitoração eletrônica fetal contínua.^(17,18)

Exame vaginal

O exame vaginal é essencial para a avaliação da evolução do TP (B), contudo não existem evidências claras da melhor frequência para sua realização.⁽¹⁹⁾ Geralmente, o toque vaginal é realizado na admissão, a cada quatro horas no primeiro e a cada uma ou duas horas no segundo estágio, antes de administrar analgesia, quando a parturiente sente o desejo de empurrar, na rotura das membranas e se ocorrerem anormalidades da frequência cardíaca fetal.⁽¹⁾

Posição

Não existem evidências de alto nível comparando as diversas posições no TP ou a mobilização com relação aos benefícios clínicos e danos nos desfechos maternos ou perinatais.^(20,21) Recomenda-se orientar as mulheres a adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis durante o primeiro estágio do TP.

Manejo da dor

As unidades que prestam assistência ao nascimento devem oferecer métodos de analgesia, tanto não farmacológicos quanto os farmacológicos e anestésicos.⁽¹⁾

Por questões metodológicas, é difícil avaliar a real eficácia das diversas técnicas de analgesia não farmacológica, mais ainda a combinação de técnicas. Parece que a utilização de atividades distrativas e ou relaxantes, a movimentação, o uso de aparelhos de fisioterapia, massagens, compressas quentes ou frias e a hidroterapia podem retardar o uso de métodos farmacológicos e aumentar o grau de satisfação da parturiente.⁽²²⁾

Os opioides têm as vantagens da facilidade de administração, disponibilidade e baixo custo; proporcionando algum alívio da dor e moderada satisfação.^(1,23) Foram associados a náuseas maternas, vômitos, sonolência, diminuição da variabilidade da frequência cardíaca fetal e depressão respiratória no recém-nascido.⁽²³⁾

Não existe uma definição da melhor droga (meperidina, diamorfina, fentanil e o remifentanil) e via de administração.^(1,23)

A analgesia neuroaxial, com suas diversas técnicas, é a terapia mais eficaz no controle da dor durante o trabalho de parto.^(24,25) Deve ser a primeira opção nas falhas das técnicas não farmacológicas. A solicitação materna, na ausência de contraindicações, deve ser indicação suficiente para seu uso na analgesia do TP.

Segundo estágio

Duração

Não há um limite superior para a duração do segundo estágio, desde que a frequência cardíaca fetal esteja normal e algum grau de progresso seja observado.⁽²⁶⁾ Não se deve considerar período expulsivo como prolongado antes de três horas em nulíparas e duas horas em múltíparas (ou quatro e três horas, respectivamente, se estiver em analgesia neuroaxial).^(1,17,26)

Posição

Caso não exista necessidade de manipulação do feto ou complicações previstas, a parturiente pode optar pela posição que acredita ser mais confortável. As posições semissentadas, de cócoras ou laterais (Sims), são as mais comuns.^(1,17,27) As posições verticalizadas podem encurtar um pouco o segundo período.⁽²⁷⁾ Se houver necessidade de instrumentalização, manipulação do feto, episiotomia e/ou partos cirúrgicos, a posição de litotomia é vantajosa.

Vitalidade fetal

Nas parturientes de risco habitual, não há necessidade de monitorização eletrônica contínua no segundo período.⁽¹²⁾ Não existem estudos comparando a avaliação intermitente da frequência cardíaca fetal com a não avaliação, bem como uma definição do melhor intervalo entre as escutas. Uma recomendação razoável é avaliar a frequência cardíaca fetal a cada 15 minutos nos casos de risco habitual e a cada 5 minutos no alto risco.

Pressão manual do fundo do útero

Não existem provas do benefício da realização rotineira da manobra de Kristeller realizada no segundo período do parto.^(1,28,29) Bem como são escassas as evidências de que tal manobra possa causar algum dano.⁽¹⁷⁾ Em dois estudos clínicos nos quais a manobra foi estudada, não se verificou vantagem, nem desvantagens, em sua realização.^(28,29) Portanto, não deve ser um procedimento de rotina. Se a manobra for necessária, numa situação de excepcionalidade, deve ser realizada por profissional experiente, com consentimento da parturiente e devidamente justificada no prontuário.

Episiotomia

O uso rotineiro da episiotomia é desnecessário e deve ser evitado.⁽³⁰⁾ 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.⁽³¹⁾ Não é indicação de rotina nos partos instrumentalizados ou na distocia de ombros, contudo, pode haver necessidade técnica nessas situações.⁽³¹⁾ Quando necessária, deve ser média-lateral.⁽³²⁾

Proteção do períneo

A aplicação de compressas mornas e de massagem perineal foram associadas à redução de lesões perineais graves.⁽³³⁾ Todavia os estudos apresentam várias limitações metodológicas. Não há evidências fortes de que a melhor abordagem é a não intervenção na saída da apresentação fetal (“*hands off*”) ou a atuação para proteção do períneo (“*handson*”).⁽³³⁾ Parece razoável o uso de uma mão para manter a cabeça em posição de flexão, controlando a velocidade de coroamento e usar a outra mão para proteger o períneo.⁽³⁴⁾

Puxos

A técnica de puxos não parece ter grande impacto na ocorrência de desfechos adversos maternos ou neonatais, mas, também, não apresenta diferença na duração do segundo estágio sem analgesia.^(35,36) Como é ineficaz e pode contribuir para a exaustão da parturiente, os puxos dirigidos devem ser reservados apenas para o parto com analgesia neuroaxial, quando houver a redução de sua percepção.⁽³⁵⁻³⁷⁾

Saída do feto

Depois da 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.

Pele a pele

Se o recém-nato estiver vigoroso e for desejo da mãe, o contato pele a pele deve ser realizado, antes mesmo da ligadura do cordão. Pode melhorar a qualidade da amamentação e do vínculo mãe e filho, bem como ser eficiente na manutenção da temperatura corpórea.⁽³⁸⁾ (C)

Cordão umbilical

A circular cervical de cordão, geralmente, é liberada facilmente, seja deslizando pelo corpo do feto, durante sua saída, ou como uma alça anterior. Se houver dificuldades, pode-se pinçar e seccionar o cordão.⁽³³⁾ Quando o recém-nato estiver vigoroso, deve-se retardar o clampeamento do cordão, em, pelo menos, um minuto.^(39,40)

Terceiro estágio

Duração

Em média, a dequitação placentária leva de 5 a 6 minutos. Em 97% dos casos, a placenta é liberada em até 30 minutos.⁽⁴¹⁾

Manejo ativo

Recomenda-se o manejo ativo no terceiro estágio (administração de agente uterotônico e tração controlada do cordão), pois reduz o risco de perda sanguínea grave e transfusão de sangue, em comparação com o manejo expectante.⁽⁴²⁾ A medicação uterotônica de escolha deve ser a ocitocina, na dose de 10U, com administração intramuscular logo após a saída dos ombros fetais.⁽⁴²⁾ Na impossibilidade, pode-se utilizar a ergometrina/metilergometrina ou misoprostol.⁽⁴²⁾ A tração controlada do cordão resulta em menor necessidade de remoção manual da placenta, redução na duração do terceiro estágio, na perda sanguínea média e na incidência de hemorragia pós-parto.⁽⁴³⁾ A manobra deve incluir a mão no fundo do útero, para identificar uma inversão uterina.⁽⁴⁴⁾ A massagem uterina contínua, quando o uterotônico foi administrado, não demonstrou utilidade para a melhora dos resultados.⁽⁴⁵⁻⁴⁷⁾

Revisão

A placenta, o cordão umbilical e as membranas fetais devem ser sistematicamente examinados. O colo do útero, a vagina e o pe-

ríneo devem ser avaliados para evidenciar lesões. Lacerações de segundo, terceiro e quarto grau devem ser suturadas. Pequenas lesões de primeiro grau em mucosas, se não estiverem sangrando, podem não ser suturadas.⁽⁴⁸⁾ Não há evidências claras de que lesões de primeiro e segundo grau não sangrantes devam ou não ser sistematicamente suturadas.⁽⁴⁸⁾ Contudo parece que a sutura melhora o resultado da cicatrização.⁽⁴⁹⁾

Quarto estágio

Uma atenção mais frequente deve ser programada para a primeira hora pós-parto, ficando a paciente na unidade de recuperação ou com acompanhamento técnico no quarto de parto. Os sinais vitais, incluindo a pressão arterial, frequência cardíaca e temperatura, devem ser aferidos logo após o nascimento e avaliados regularmente por, pelo menos, 24 horas. Todas as puérperas devem ser avaliadas quanto à quantidade de sangramento vaginal, à altura e ao tônus uterino, às condições do períneo, periodicamente, por, pelo menos, 24 horas.

Recomendações finais

- **Acompanhantes:** as mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério.^(1,17)
- **PPPs:** deve-se implantar e incentivar ações para uma ambiente adequada ao processo de nascimento, tendo como padrão, quando possível, o sistema PPP (salas pré-parto, parto e puerpério imediato).⁽¹⁷⁾
- **Equipe capacitada:** deve-se implantar e incentivar ações para capacitação de toda a equipe de assistência, visando evitar atitudes desrespeitosas ou contrárias às fortes evidências científicas.⁽¹⁾

- **Rotina antibiótica:** o parto vaginal não é uma indicação para a profilaxia antibiótica de rotina, mesmo em mulheres com lesões cardíacas e/ou realização de episiotomia.^(31,33,50,51)

Referências

1. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
2. Acaun Filho BJ, Cunha Filho EV, Steibel JA, Steibel G, Paula LG, Medaglia Filho PV. Obstetria de plantão. Do pré parto ao puerpério. Porto Alegre: Edipucrs; 2011.
3. Kauffman E, Souter VL, Katon JG, Sitcov K. Cervical Dilation on Admission in Term Spontaneous Labor and Maternal and Newborn Outcomes. *Obstet Gynecol.* 2016;127(3):481–8.
4. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2010;115(4):705–10.
5. Nelson DB, McIntire DD, Leveno KJ. False labor at term in singleton pregnancies: discharge after a standardized assessment and perinatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2017;130(1):139–45.
6. Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Mar; 3:CD000161.
7. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan;1:CD005122.
8. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul 22;(7):CD000330.
9. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov;(11):CD001236.
10. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Aug;(8):CD003930.
11. Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(6):809.e1–6.
12. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb;2:CD006066.
13. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NCCWCH). Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG Press; 2014. 839 p.
14. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 18;(6):CD006167.

15. Trimmer KJ, Gilstrap LC 3rd. "Meconiumcrit" and birth asphyxia. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;165(4 Pt 1):1010–3.
16. van Heijst ML, van Roosmalen G, Keirse MJ. Classifying meconium-stained liquor: is it feasible? *Birth.* 1995;22(4):191–5.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Relatório de Recomendação. Brasília (DF). Ministério da Saúde; 2016.
18. Locatelli A, Regalia AL, Patregnani C, Ratti M, Toso L, Ghidini A. Prognostic value of change in amniotic fluid color during labor. *Fetal Diagn Ther.* 2005;20(1):5–9.
19. Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul;(7):CD010088.
20. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med.* 1998;339(2):76–9.
21. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Apr15;(2):CD003934.
22. Simkin P, Klein MC. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. *UpToDate.* 2018. Dispon?vel em: www.uptodate.com
23. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Sep;(9):CD007396.
24. American College of Obstetricians & Gynaecologists. ACOG Committee Opinion No. 295, Pain Relief During Labor, July 2004 (replaces No.231, February 2000; reaffirmed 2015) [Internet]. [cited 2019 Feb 27]. Available from: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/CommitteeOpinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Pain-Relief-During-Labor>
25. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology.* 2016;124(2):270–300.
26. Grobman WA, Bailit J, Lai Y, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, et al.; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Association of the Duration of Active Pushing With Obstetric Outcomes. *Obstet Gynecol.* 2016;127(4):667–73.
27. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 May;5:CD002006.
28. Cox J, Cotzias CS, Siakpere O, Osuagwu FI, Holmes EP, Paterson-Brown S. Does an inflatable obstetric belt facilitate spontaneous vaginal delivery in nulliparae with epidural analgesia? *Br J Obstet Gynaecol.* 1999;106(12):1280–6.
29. Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(3):320–4.
30. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb;2:CD000081.

31. Berkowitz LR, Foust-Wright CE. Approach to episiotomy [Internet]. UpToDate; 2018. [cited 2018 Feb 27]. Available from: www.uptodate.com
32. Lund NS, Persson LK, Jangö H, Gommesen D, Westergaard HB. Episiotomy in vacuum-assisted delivery affects the risk of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;207:193–9.
33. Funai EF, Norwitz ER. Management of normal labor and delivery [Internet]. UpToDate; 2018. Available from: www.uptodate.com
34. Jansova M, Kalis V, Rusavy Z, Räisänen S, Lobovsky L, Laine K. Fetal head size and effect of manual perineal protection. *PLoS One.* 2017;12(12):e0189842.
35. Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *BJOG.* 2011;118(6):662–70.
36. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:CD009124.
37. Grobman WA, Bailit J, Lai Y, Reddy UM, Wapner RJ, Varner MW, et al.; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Association of the Duration of Active Pushing With Obstetric Outcomes. *Obstet Gynecol.* 2016;127(4):667–73.
38. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul;(3):CD003519.
39. Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Pediatrics.* 2017 Jun;139(6). pii: e20170957.
40. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul;(7):CD004074.
41. Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AA, Hurd WW, Romero R. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. *Am J Obstet Gynecol.* 1995;172(4 Pt 1):1279–84.
42. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Mar;(3):CD007412.
43. Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, Widmer M, Abdel-Aleem H, Festin M, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet.* 2012;379(9827):1721–7.
44. Brandt ML. The mechanism and management of the third stage of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1936;25(5):662–7.
45. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2012.
46. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jul;(7):CD006431.
47. Chen M, Chang Q, Duan T, He J, Zhang L, Liu X. Uterine massage to reduce blood loss after vaginal delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2013;122(2 Pt 1):290–5.

48. Elharmeel SM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(8):CD008534.
49. Fleming VE, Hagen S, Niven C. Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *BJOG.* 2003;110(7):684–9.
50. Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Nov;11:CD012137.
51. 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.

Veja alguns dos temas dos Protocolos Febrasgo:

Ginecologia:

- ★ Abordagem clínica das lesões mamárias palpáveis e não palpáveis
- ★ Abordagem clínica dos grupos de risco elevado para câncer de mama
- ★ Câncer de mama
- ★ Câncer de vulva e vagina
- ★ Câncer do colo uterino
- ★ Hiperplasia endometrial e câncer do corpo uterino
- ★ Lesões precursoras do câncer de mama (hiperplasias atípicas e carcinomas in situ)
- ★ Lesões pré-invasivas da vulva, vagina e colo uterino
- ★ Rastreamento do câncer de mama e propedêutica mamária

Obstetrícia

- ★ Anormalidades comportamentais no puerpério
- ★ Cesárea
- ★ Embolia Amniótica
- ★ Hemorragia Pós-Parto
- ★ Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legal
- ★ Morbidade febril, endometrite e sepse puerperal
- ★ Morbidade materna grave e near miss
- ★ Parada cardiorespiratória na Gestante
- ★ Rotura uterina



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

