

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DIRETRIZ NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

VERSÃO PRELIMINAR



BRASÍLIA - DF
2022

Ficha Técnica

DIREÇÃO GERAL

Raphael Câmara Medeiros Parente

DIREÇÃO TÉCNICA

Walter Palis Ventura

COORDENADORES

Antônio Rodrigues Braga Neto

Maria Celeste Osório Wender

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

CÂMARA TÉCNICA ASSESSORA

Alberto Trapani Junior

Antônio Rodrigues Braga Neto

Maria Celeste Osório Wender

Mirela Foresti Jimenez

Lia Cruz Vaz da Costa Damásio

Roseli Mieko Yamamoto Nomura

Sergio Hofmeister de Almeida Martins Costa

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO	4
2. ESCOPO E FINALIDADES	5
3. SUMÁRIO DE RECOMENDAÇÕES	6
4. LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO	20
5. PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM AO PARTO	23
6. CUIDADOS GERAIS DURANTE O TRABALHO DE PARTO	25
6.1 Informações e comunicação	25
6.2 Apoio físico e emocional	29
6.3 Dieta durante o trabalho de parto	31
6.4 Medidas de assepsia para o parto vaginal	32
7. MANEJO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO	34
7.1 Abordagem não farmacológica da dor	35
7.2 Abordagem farmacológica da dor	44
8. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS NO TERMO	48
9. ELIMINAÇÃO DE MECÔNIO NO TRABALHO DE PARTO	51
10. ASSISTÊNCIA AO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO	55
10.1 Definições das fases latente e ativa do trabalho de parto	55
10.2 Duração do primeiro período do parto	56
10.3 Políticas na admissão para o parto	60
10.4 Cuidados e monitoração no primeiro período do parto	65
10.5 Uso do partograma na assistência ao parto	70
10.6 Intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto	72

11. ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO	76
11.1 Posições e imersão em água	76
11.2 Puxos	78
11.3 Definição e duração do segundo período do trabalho de parto	80
11.4 Cuidados com o períneo	82
11.5 Falha de progresso no segundo período do parto	85
12. ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO	89
12.1 Duração e definição do terceiro período do parto	89
12.2 Manejo do terceiro período do parto	90
12.3 Momento de clampeamento do cordão	94
12.4 Expulsão e revisão da placenta	96
12.5 Revisão perineal e reparo de lacerações	96
12.6 Massagem uterina	98
12.7 Interação mãe-filho	99
REFERÊNCIAS	101

1. INTRODUÇÃO E CONTEXTO

A assistência ao parto modificou-se radicalmente no último século, transitando de um evento familiar acompanhado por equipe técnica pouco qualificada para o ambiente hospitalar e um conjunto de intervenções que reduziram drasticamente a ocorrência de mortes maternas e perinatais. Todavia, crescente preocupação nas últimas décadas pontuou a existência de inúmeras práticas ofertadas rotineiramente na assistência ao parto, notadamente daquele de risco habitual, não embasadas na melhor evidência científica, trazendo em seu bojo, não apenas risco clínico, como também impactando na percepção positiva da mulher em relação ao seu parto.

A ampliação dos atores envolvidos na assistência ao parto, o fortalecimento dos elementos bioéticos aplicados no cuidado obstétrico, bem como o avanço na produção do conhecimento científico amparado nas melhores evidências científicas fez com que fosse necessário uma ampla revisão das práticas clínicas oferecidas às mulheres no transcurso da parturição.

A velocidade com que as informações são geradas, bem como o interesse social no tema, motivou a atualização da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. O foco desse documento é a redução da mortalidade materna, agravada, recentemente, por conta da pandemia de Covid-19. O fortalecimento do protagonismo da parturiente, o respeito as suas escolhas fundamentais, a garantia da segurança do binômio materno-perinatal e a preocupação com uma experiência de parto positiva nortearam a atualização desse documento.

Para além do aumento do financiamento destinado à Rede Materna Infantil, que dobrou os recursos até então destinados para a rede Cegonha, e seus avanços relacionados ao incentivos às maternidades de risco habitual, ao pré-natal de alto risco, e à atenção ambulatorial especializada do seguimento do recém-nascido e crianças prioritariamente egressos da unidade neonatal, vêm agora acompanhados desse documento norteador do cuidado obstétrico seguro e respeitoso.

Com os esforços conjuntos, alinhando-se os interesses do conjunto mãe-bebê, podemos ofertar às mulheres brasileiras um cenário de parto acolhedor, que garanta sua saúde e das crianças que irão ajudar a construir uma sociedade mais justa e solidária.

2. ESCOPO E FINALIDADES

O escopo desta Diretriz é sintetizar e avaliar sistematicamente a informação científica disponível em relação às práticas na assistência ao parto e ao nascimento, fornecendo recomendações para o melhor cuidado na assistência ao parto normal.

Esta diretriz inclui recomendações baseadas em evidências sobre cuidados na assistência ao parto com o objetivo de atualizar a diretriz* anteriormente publicada. Também foi objetivo focar nos aspectos principais do cuidado, sem restringir práticas que busquem o bem estar da mulher no processo da parturição. Alinhando-se às Diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), (WHO 2018)¹ a recomendação primordial é a adoção de cuidados de maternidade respeitosos: cuidados organizados e prestados a todas as mulheres de maneira a manter sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de danos e maus-tratos e permitindo escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto.

A OMS define como nascimento normal aquele que ocorre entre 37 e 42 semanas de gestação, com início espontâneo do trabalho de parto, em pacientes com risco habitual que tenham fetos em apresentação cefálica fletida e que resulte em mãe e recém-nascido em boas condições.

* Brasil. Ministério da saúde. CONITEC. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. 2016. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.

3. SUMÁRIO DE RECOMENDAÇÕES

1. É recomendada a adoção de cuidados de maternidade respeitosos: cuidados organizados e prestados a todas as mulheres de maneira a manter sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de danos e maus-tratos e permitindo escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto.

| LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

2. Gestantes de risco habitual devem ser informadas que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado, tendo em vista o maior risco de mortalidade perinatal.

3. Gestantes de risco habitual que optarem pelo parto em Centro de Parto Normal (extra, peri ou intra-hospitalar), se disponível na sua área de abrangência ou próximos dessa, devem ser apoiadas em sua decisão.

4. O local do parto deve dispor de condições para atendimento imediato de intercorrências e complicações do parto, estando inserido em sistema de transferência eficaz, rápido e seguro para os casos de necessidade de intervenções cirúrgicas ou cuidados intensivos, para a mãe ou para o recém-nascido.

| PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM AO PARTO

5. A assistência ao parto de risco habitual, que se mantenha dentro dos limites da normalidade, pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica ou obstetritz.

6. Os gestores de saúde devem proporcionar condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a atuação integrada e conjunta de médicos, enfermeiras obstétricas e obstetrizes na assistência ao parto de risco habitual, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres.

| CUIDADOS GERAIS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Informações e Comunicação

7. Apresentar-se à mulher e ao seu acompanhante, dirigindo-se à parturiente pelo nome ou **como gostaria de ser chamada**.
8. **Oferecer as informações** de que necessitam de forma clara e concisa, evitando termos técnicos de difícil compreensão e utilizando materiais educativos quando necessário para comunicar processos ou procedimentos.
9. Respeitar e responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher com uma **atitude positiva**.
10. **Apoiar as necessidades emocionais** da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogios, reafirmação e escuta ativa.
11. **Apoiar** a mulher a entender que ela tem escolhas e que serão apoiadas, encorajando-a a expressar suas dúvidas, necessidades e preferências, e atualizando-a regularmente, bem como ao acompanhante, sobre o que está acontecendo.
12. Os procedimentos devem ser explicados à mulher e deve ser obtido o seu consentimento informado verbal e, quando apropriado, por escrito para alguns procedimentos.
13. Verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem o português do Brasil e se há necessidade de tradução.
14. Orientar sobre estratégias de alívio da dor disponíveis e oferecer informações para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela.
15. Envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.
16. Os sistemas de saúde devem assegurar que a equipe de cuidados de maternidade seja treinada de acordo com os padrões nacionais de competência em comunicação interpessoal e habilidades de aconselhamento.
17. **Antes do parto** informar as mulheres sobre as seguintes questões:
 - a) Benefícios e riscos da indução do parto (indicações médicas e eletivas);

- b) A necessidade de escolha de um **acompanhante** pela mulher para o apoio durante o parto. Este acompanhante deve receber as informações importantes;
- c) Estratégias de **manejo da dor** e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);
- d) Organização **do local de assistência ao parto**, **limitações** (física, recursos disponíveis) relativas à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas;
- e) Os diferentes **estágios do parto e as práticas** utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas.

Apoio físico e emocional

- 18. As parturientes devem receber apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto.
- 19. O apoio contínuo por pessoa de escolha da gestante não dispensa o apoio oferecido pela equipe de saúde que presta assistência ao parto.
- 20. A parturiente não deve ser deixada sozinha, exceto por períodos muito curtos de tempo ou por sua solicitação.
- 21. As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher.

Dieta durante o trabalho de parto

- 22. Para parturientes de risco habitual, recomenda-se a ingestão oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.

Medidas de assepsia para o parto vaginal

- 23. Não é recomendada a limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas.
- 24. A água e sabão podem ser usados para a limpeza vulvar e perineal, se houver necessidade, antes do exame vaginal.
- 25. Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas são necessárias para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, crianças e profissionais.

| MANEJO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

Abordagem não farmacológica da dor

26. Os profissionais de saúde devem comunicar às mulheres as opções disponíveis para alívio da dor em suas instalações de parto e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções, de acordo com as convicções da mulher, salvaguardando a segurança materna e fetal.
27. A deambulação e livre movimentação materna é permitida, notadamente no primeiro e segundo período do trabalho de parto.
28. Técnicas como massagem ou aplicação de compressas mornas são recomendadas para parturientes de risco habitual que desejam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo da preferência da mulher.
29. Métodos como bola de parto, técnicas de respiração e relaxamento, banhos de chuveiro, musicoterapia podem proporcionar redução na dor, mesmo que modesta e com baixos níveis de evidência, com custo e risco mínimos, podendo ser utilizados de maneira associada e conforme disponibilidade e desejo da mulher.
30. Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto.
31. Não há evidências suficientes para apoiar o uso da TENS para reduzir a dor no trabalho de parto.
32. Tentar retardar ou evitar a progressão do trabalho de parto com métodos de alívio da dor não é recomendado.

Abordagem farmacológica da dor

33. O bloqueio de nervo pudendo pode ser utilizado para aliviar a dor da distensão perineal e como complemento à analgesia peridural.
34. O bloqueio paracervical não é recomendado.
35. A solicitação materna por analgesia de parto é motivo suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação, inclusive para a analgesia epidural, salvo contra-indicação médica e após esgotados os métodos não farmacológicos disponíveis.
36. A analgesia epidural ou os opióides parenterais, como fentanil, dimorfina e petidina, são recomendados para mulheres saudáveis que requerem alívio da

dor durante o trabalho de parto e parto, de acordo com as preferências da mulher.

37. A analgesia farmacológica, de qualquer tipo, é restrita ao ambiente hospitalar.

| RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS NO TERMO

38. Para a gestante com RPM no termo é recomendada a hospitalização para a resolução da gestação, com conduta ativa para desencadeamento do trabalho de parto, considerando a vontade da mulher e a organização da maternidade local.
39. A profilaxia antibiótica para RPM no termo é recomendada em mulheres com período de latência superior a 12 horas.

| ELIMINAÇÃO DE MECÔNIO IMEDIATAMENTE ANTES OU DURANTE O TRABALHO DE PARTO

40. Devido à grande variação intra e interobservador, não há evidências de que a classificação em gradação do líquido meconial tenha utilidade clínica.
41. A monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, se disponível, deve ser utilizada para detecção da hipoxia fetal diante da eliminação de mecônio durante o trabalho de parto. Na indisponibilidade da monitoração eletrônica contínua, a ausculta fetal intermitente e qualificada, antes durante e após as contrações, seguindo técnicas padronizadas, pode ser utilizada.
42. A eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, de forma isolada, não é indicação de cesariana.
43. Se houver eliminação significativa de mecônio deve ser assegurado, à parturiente, cuidados em ambiente hospitalar, disponibilizando-se profissionais treinados em suporte avançado de vida neonatal para assistência no momento do parto.

| ASSISTÊNCIA AO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO

Definições das fases latente e ativa do trabalho de parto

44. A fase latente do primeiro período do parto é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação de até 5 cm, para nulíparas e múltiparas.
45. A fase ativa do primeiro período do parto é caracterizada por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa para nulíparas e múltiparas.

Duração do primeiro período do parto

46. As mulheres devem ser informadas de que a duração padrão da fase latente do primeiro período do parto (fase de dilatação) não é estabelecida e pode variar amplamente de mulher para mulher.
47. As mulheres devem ser informadas de que a duração da fase ativa do primeiro período do parto (fase de dilatação) de 5 cm até a dilatação cervical total, geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e, geralmente, não se estende além de 10 horas nas múltiparas.

Políticas na admissão para o parto

48. Até que mais evidências estejam disponíveis, uma gestante que se apresenta às instalações de saúde em trabalho de parto deve ser admitida e apoiada adequadamente, mesmo no início do trabalho de parto, a menos que sua preferência seja aguardar o trabalho de parto ativo em casa.
49. Para as mulheres admitidas durante a fase latente do primeiro período, as intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e o parto devem ser evitadas se o bem-estar materno e fetal estiver assegurado.
50. Para as mulheres admitidas na fase latente e seus acompanhantes, salas limpas e confortáveis devem estar disponíveis, com espaço para caminharem e com fácil acesso a banheiros limpos, além de comida e água.
51. Os planos de parto precisam ser individualizados de acordo com as necessidades e preferências da mulher.
52. Todas as mulheres que se apresentam a uma unidade de saúde em trabalho de parto devem ser avaliadas clinicamente de acordo com a prática clínica

- recomendada, que inclui a realização de um exame de toque vaginal digital, mediante consentimento da mulher, para ser avaliada quanto ao trabalho de parto.
53. A depilação perineal/púbica de rotina antes do parto vaginal não é recomendada.
 54. A administração de um enema na admissão para o parto não é recomendada.
 55. A pelvimetria clínica de rotina na admissão da parturiente não é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual.
 56. A cardiotocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do parto de início espontâneo, em gestantes saudáveis de risco habitual.
 57. A ausculta pelo ultrassom Doppler ou com o estetoscópio de Pinard é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto.

Cuidados e monitoração no primeiro período do parto

58. As parturientes de risco habitual sem analgesia devem ser estimuladas a movimentar-se e a assumir posições verticalizadas durante o trabalho de parto, respeitando-se o desejo e o conforto da mulher.
59. As parturientes com analgesia devem ser estimuladas a assumir a posição que considerar mais confortável, respeitando-se o desejo e o conforto da mulher.
60. O exame pélvico digital em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto em parturientes de risco habitual, a menos que haja alguma preocupação com a progressão do parto.
61. Em parturientes de risco habitual, registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:
 - a. Frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora;
 - b. Frequência cardíaca fetal a cada 30 minutos;
 - c. Frequência cardíaca materna de 1 em 1 hora
 - d. Temperatura e PA de 4 em 4 horas
 - e. Frequência da diurese

62. A **ausculta intermitente** da frequência cardíaca fetal com o sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto, atendendo-se ao seguinte:
- Auscultar durante e após uma contração, ao menos durante 1 minuto, registrando um único valor;
 - Registrar acelerações e desacelerações;
 - Palpar o pulso materno para diferenciar dos batimentos maternos, se necessário.
63. A **cardiotocografia contínua não é recomendada** para avaliação do bem-estar fetal em gestantes saudáveis de **risco habitual** em trabalho de parto espontâneo.
64. Recomenda-se o cuidado da parturiente em maternidade baseada em hospital, com presença de médico obstetra, se este não for o profissional que assiste a mulher, na presença de qualquer uma das seguintes condições:
- Frequência cardíaca materna >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
 - PA sistólica ≥ 150 mmHg **OU** PA diastólica ≥ 100 mmHg em uma única medida;
 - PA sistólica ≥ 140 mmHg **OU** diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
 - Proteinúria de fita 2++ ou mais **E** uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg;
 - Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida **OU** $37,5^{\circ}\text{C}$ em 2 ocasiões em período de 1 hora;
 - Qualquer sangramento transvaginal, exceto eliminação de tampão;
 - Eliminação de mecônio significativo em líquido amniótico;
 - Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
 - Progressão lenta do trabalho de parto;
 - Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia farmacológica;
 - Qualquer emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno;
 - Qualquer apresentação anômala, incluindo cefálicas defletidas e apresentação pélvica;

- m. Apresentação cefálica alta ou móvel em nulípara;
- n. Suspeita de restrição de crescimento fetal ou macrosomia;
- o. Suspeita de oligoâmnio ou polidrâmnio;
- p. Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm;
- q. Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

Uso do partograma na assistência ao parto

- 65. Para parturientes com início de trabalho de parto espontâneo, o limite da taxa de dilatação cervical de 1 cm/hora, durante a fase ativa do primeiro estágio (conforme representado pela **linha de alerta** do partograma de Philpott) é **impreciso** para identificar mulheres em risco de resultados adversos no parto e, portanto, **não é recomendado** para esse fim.
- 66. Ferramentas padronizadas de monitoramento do trabalho de parto, incluindo um **partograma ou o Guia de Cuidados** do Trabalho de Parto da OMS **devem ser utilizados** para o monitoramento do trabalho de parto e parto.

Intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto

- 67. O uso de **amniotomia** isoladamente para prevenir a demora no trabalho de parto **não é recomendado**.
- 68. O uso de amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, para prevenir a demora no trabalho de parto não é recomendado.
- 69. Diante da suspeita de falha na progressão no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Deve-se explicar à parturiente o motivo deste procedimento e avisar que o mesmo pode aumentar a intensidade e dor das contrações.
- 70. O **uso de ocitocina para prevenção** de atraso no trabalho de parto em mulheres recebendo analgesia peridural **não é recomendado**.
- 71. O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado.
- 72. O uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto não é recomendado.

73. Se a ocitocina for indicada, utilizar esquema de baixa dose e assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos, e a dose não deve ser aumentada após atingir 4 contrações em 10 minutos.
74. Se a ocitocina for indicada, informar a parturiente o motivo do uso de ocitocina, que haverá aumento na frequência e intensidade das contrações e que o feto deverá ser monitorado continuamente ou com mais frequência.
75. O trabalho de parto pode não acelerar naturalmente até que um limiar de dilatação cervical de 5 cm seja atingido. Portanto, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e nascimento (como a amniotomia, o aumento de ocitocina ou cesariana) antes desse limite não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas estejam dentro da normalidade.
76. Na falha de progressão no primeiro estágio do parto, a parturiente deve ser assistida por médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados. Este deverá revisar o diagnóstico de falha de progresso e decidir sobre as opções de manejo, incluindo o uso de ocitocina.

| ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO

Posições e imersão em água

77. Caso não haja necessidade de manipulação do feto nem complicações, a parturiente deve ser incentivada a adotar a posição mais confortável no segundo período do parto, assegurando a possibilidade de avaliação da vitalidade fetal e a proteção do períneo.
78. Informar às mulheres que não há evidências suficientes e de qualidade para apoiar o segundo período do parto na água, sendo que o mesmo deve ficar restrito a ensaios clínicos.

Puxos

79. Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do parto em parturientes sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.
80. Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação cervical completa, recomenda-se que o puxo seja adiado ao menos por uma hora, exceto se a mulher quiser realizar o puxo antes disso ou o polo cefálico estiver visível.

Definição e duração do segundo período do trabalho de parto

81. O segundo estágio do parto é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento.
82. Na maioria das parturientes, o segundo estágio do parto tem duração inferior a uma hora em nulípara, e, inferior a meia hora em múltíparas. Contudo, nos casos em que a vitalidade fetal e as condições maternas permanecerem dentro dos limites da normalidade, o período expulsivo pode se estender em até duas horas para múltíparas, e em até três horas para nulípara, sem analgesia epidural.
83. Com analgesia epidural, o segundo período de parto pode se prolongar em até uma hora, quando comparado com a mulher sem analgesia.

Cuidados com o períneo

84. Para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo são recomendadas técnicas de proteção perineal que podem incluir: massagem perineal, compressas mornas e técnicas *hands on*, respeitando as preferências da mulher e as opções disponíveis.
85. Não realizar episiotomia de rotina na assistência ao parto vaginal.
86. A episiotomia deve ser reservada para partos com alto risco de laceração perineal grave, ou necessidade de facilitar o parto de feto com sinais de comprometimento da oxigenação.
87. A episiotomia pode ser utilizada quando houver dificuldade para introduzir o fórceps ou vácuo-extrator, e na distocia de ombros, para facilitar as manobras internas.
88. Se uma episiotomia for realizada, recomenda-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.
89. Após desprendimento do polo cefálico, deve-se verificar a presença de circular cervical de cordão umbilical, que deve ser desfeita realizando-se alça anterior, passando pela cabeça ou pelo corpo do feto, à medida que é expulso. Na impossibilidade da retirada da circular, realizar o pinçamento e secção do cordão umbilical.
90. É recomendado que se aguarde a rotação externa espontânea da cabeça fetal para desprendimento dos ombros, com leves movimentos de lateralização

do corpo fetal. Deve-se evitar uso excessivo de força e de movimentos de tração lateral do feto, pois estas também são causas de trauma perineal.

Falha de progresso no segundo período do parto

91. No prolongamento do segundo período do parto a parturiente deve ser assistida por um médico obstetra.
92. Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.
93. Se houver prolongamento do segundo período do parto, ou se a mulher estiver excessivamente exausta, promover medidas de apoio e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.
94. Para as nulíparas, quando houver demora na progressão (em termos de rotação ou descida da apresentação) após uma hora do segundo estágio, suspeitar de período expulsivo prolongado, e considerar realização da amniotomia se as membranas estiverem intactas.
95. Para as múltiparas, quando houver demora na progressão (em termos de rotação ou descida da apresentação) após 30 minutos do segundo estágio, suspeitar de período expulsivo prolongado, e considerar realização da amniotomia se as membranas estiverem intactas.
96. As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Em nulíparas, o período expulsivo geralmente é concluído em até 3 horas, enquanto que, em múltiparas, o período expulsivo geralmente é concluído em até 2 horas.
97. Ainda é incerta a necessidade de avaliação ultrassonográfica da descida e posição fetal no segundo período do parto, podendo ser utilizada quando disponível.
98. Se necessário e possível, a rotação manual ou digital do polo cefálico pode ser realizada.
99. Considerar o uso de parto vaginal operatório (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período.
100. A escolha do instrumento para o parto vaginal operatório dependerá das circunstâncias clínicas e da experiência do profissional.
101. Não devem ser realizadas rotineiramente tentativas sequenciais no parto com diferentes instrumentos para o parto vaginal operatório.

102. Sempre que possível, o parto instrumentalizado deve ser realizado com anestesia axial. Na impossibilidade, considerar o bloqueio regional.
103. Realizar a cesariana sempre que os benefícios superarem os riscos, materno ou fetais.

| ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO

Duração e definição do terceiro período do parto

104. Considerar terceiro período prolongado depois de decorridos 30 minutos do nascimento, sem expulsão da placenta, caracterizando a retenção placentária.

Manejo do terceiro período do parto

105. O manejo ativo do terceiro período deve ser adotado em todos os partos institucionais.
106. A tração controlada do cordão pode ser oferecida rotineiramente na assistência ao terceiro estágio, desde que assistência seja prestada por um profissional treinado.
107. O uso de uterotônicos para a prevenção de Hemorragia Pós Parto (HPP) durante o terceiro estágio do parto é recomendado para todos os partos, e a ocitocina (10 UI, IM) é o medicamento de escolha.
108. A injeção de ocitocina na veia umbilical não é recomendada, por não ser eficaz na prevenção da HPP.

Momento de clampeamento do cordão

109. Adiar o clampeamento do cordão umbilical ao menos 60 segundos para recém-nascidos com 34 semanas ou mais que não demandem ressuscitação imediata.
110. Adiar o clampeamento do cordão umbilical ao menos 60 segundos para recém-nascidos prematuros com menos de 34 semanas.

Expulsão e revisão da placenta

111. Na expulsão da placenta, à medida que a ela emerge da vagina, recomenda-se girar lentamente a placenta, para evitar que as membranas se rompam e possivelmente fiquem retidas na cavidade uterina.

112. A placenta, o cordão umbilical e as membranas fetais devem ser sistematicamente examinados.

Revisão perineal e reparo de lacerações

113. O reparo de laceração perineal deve ser realizado com anestesia adequada, e a extensão e descrição da localização da laceração devem ser anotadas no prontuário.

Massagem uterina

114. A massagem uterina sustentada não é recomendada como intervenção para prevenir HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática.

Interação mãe-filho

115. Na ausência de complicações maternas ou neonatais, deve ser garantido o contato pele a pele no parto a termo com recém-nascido saudável.
116. O aleitamento materno, dentro de uma hora após o nascimento deve ser garantido.

4. LOCAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

Introdução

Em quase todo o mundo, embora com algumas variações culturais, até as décadas de 40-50 do século XX, a maioria dos nascimentos aconteciam no domicílio das pessoas, com a mulher geralmente rodeada por parentes e amigas. A partir de então, muitas mudanças ocorreram nessa prática, e os partos passaram a ter lugar em hospitais e maternidades (Febrasgo, 2021)². Com essas mudanças, o nascimento no ambiente hospitalar passou a ser padrão em todo o mundo contemporâneo. Entretanto, em muitos lugares surgiram outras opções de assistência ao parto, fora do ambiente hospitalar tradicional, como o parto domiciliar e em centros de parto fora dos hospitais.

A principal discussão em relação ao parto em ambiente extrahospitalar refere-se à segurança, materna e perinatal. Os potenciais riscos do parto planejado fora do hospital se referem ao fato de que, mesmo nas situações de risco habitual, podem surgir problemas emergenciais que demandam solução em ambiente hospitalar. Por outro lado, o parto em ambiente hospitalar está associado a intervenções, muitas vezes desnecessárias, a que as mulheres são submetidas, acarretando-lhes também problemas.

Por tratar-se de uma questão central e contemporânea, no mundo, as evidências atuais devem ser analisadas criticamente para responder-se de maneira adequada às dúvidas e controvérsias associadas ao tema.

Revisão da literatura

Os locais nos quais gestantes de risco habitual têm sido atendidas durante o parto, são: parto planejado em domicílio, centros de partos normais (CPN) extra hospitalares (CPNEx), CPN peri-hospitalares (CPNPeri), CPN intra-hospitalares (CPNIn) e centros obstétricos (CO) hospitalares. As gestantes de risco habitual devem ser informadas que o parto vaginal é evento bastante seguro, entretanto, não há como prever a ocorrência de complicações, que podem por em risco a integridade física da mãe ou do feto/recém-nascido.

As informações disponíveis na literatura sobre os riscos e benefícios da assistência domiciliar do parto, assim como nos CPNEx, advém de estudos realizados em países mais desenvolvidos do que o Brasil, que dispõem de sistema de saúde com organização funcional para essa finalidade. Um estudo citado é o estudo colaborativo *Birthplace*, realizado na Inglaterra, (Birthplace et al. 2011)³ que é uma coorte prospectiva de

gestantes de muito baixo risco, com fetos únicos a termo, entre abril de 2008 e abril de 2009. Esse estudo demonstrou menor taxa de intervenções médicas no grupo de parto domiciliar planejado e maior mortalidade perinatal em nulíparas em partos domiciliares (OR 1,75 IC 95% 1,07-2,86). No entanto, limitações desse estudo podem ter minimizado os riscos dos partos domiciliares, o que pode ter ocultado importantes diferenças quanto ao local do parto.

Nos Estados Unidos, os partos domiciliares planejados tiveram aumento significativo a partir de meados dos anos 2000. Vários estudos concluíram que, em comparação com partos hospitalares, os riscos absolutos e relativos de mortalidade e morbidade perinatal em partos domiciliares planejados nos EUA são significativamente maiores. Em estudo de Grünebaum et al. (2020),⁴ utilizando Registros de Nascimento e Óbito Infantil vinculados ao Controle de Doenças e Prevenção dos EUA para 2010–2017, verificaram a mortalidade neonatal para gestações únicas a termo, peso do recém-nascido >2.499g, nos partos domiciliares planejados e partos hospitalares. A mortalidade neonatal para partos hospitalares assistidos por obstetras nos EUA foi de 3,27 por 10.000 nascidos vivos, 13,66 por 10.000 nascidos vivos para todos os partos domiciliares planejados e 27,98 por 10.000 nascidos vivos para partos domiciliares não intencionais/não planejados. Partos domiciliares planejados tiveram um risco de mortalidade neonatal relativo e absoluto significativamente elevado em comparação com partos hospitalares. O risco de mortalidade perinatal foi menor nos partos hospitalares atendidos por enfermeiras obstétricas quando comparados com partos em domicílio por enfermeiras obstétricas (OR=2,90; IC95%=2,17-3,89) e por obstetras sem formação em enfermagem (OR=3,81; IC95%=3,12-4,65).

Assim, em 2021, o Ministério da Saúde do Brasil emitiu a Nota Técnica (Nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS)⁵ sobre o tema, baseando-se no eixo da garantia da segurança no cuidado materno-infantil, desaconselhando o parto domiciliar, no contexto brasileiro. Nesse sentido, recomenda-se que todas as gestantes recebam orientações sobre os riscos relacionados ao parto em ambiente domiciliar. No entanto, a nota técnica pontua que é necessária a ampliação, organização e qualificação, tanto das estruturas físicas quanto dos processos de trabalho, para garantir que o parto hospitalar possa ser seguro, respeitoso e venha a tornar-se uma experiência positiva para a vida das mulheres e de sua família.

Recomendações

- Gestantes de risco habitual devem ser informadas que o planejamento do parto no domicílio não é recomendado, tendo em vista o maior risco de mortalidade perinatal.
- Gestantes de risco habitual que optarem pelo parto em Centro de Parto Normal (extra, peri ou intra-hospitalar), se disponível na sua área de abrangência ou próximos dessa, devem ser apoiadas em sua decisão.
- O local do parto deve dispor de condições para atendimento imediato de intercorrências e complicações do parto, estando inserido em sistema de transferência eficaz, rápido e seguro para os casos de necessidade de intervenções cirúrgicas ou cuidados intensivos, para a mãe ou para o recém-nascido.

5. PROFISSIONAIS QUE ASSISTEM AO PARTO

Introdução

Existem três principais modelos que comportam diferentes perfis profissionais na assistência ao parto: cuidado oferecido por enfermeiras obstétricas ou obstetrites, cuidado oferecido por médicos obstetras e cuidado colaborativo entre os dois profissionais.

O modelo de cuidado no qual a enfermeira obstétrica ou obstetritez tem a responsabilidade exclusiva pelo cuidado é oferecido às parturientes de risco habitual. Existem variações em critérios, mas, sobretudo, o risco habitual tem como pressuposto que a gestação e o parto sejam caracterizados como evento saudável da fase da vida da mulher, e, por essa razão, as mulheres podem ter uma experiência positiva do parto com intervenções mínimas.

Nos modelos de cuidado compartilhado pelos diferentes profissionais, o médico obstetra é responsável pelas condutas tomadas no cuidado da parturiente.

Revisão da literatura

Em revisão sistemática (Sandall et al. 2016)⁶ em que foram incluídos 15 estudos envolvendo 17.674 mulheres, foi verificado que as mulheres que tinham modelos de cuidado liderados por enfermeiras obstétricas foram menos propensas a experimentarem analgesia regional (RR médio 0,85, IC 95% 0,78 a 0,92; participantes = 17.674; 14 estudos; alta qualidade), parto vaginal operatório (RR médio 0,90, IC 95% 0,83 a 0,97; participantes = 17.501; 13 estudos; alta qualidade), parto prematuro com menos de 37 semanas (RR médio 0,76, IC 95% 0,64 a 0,91; participantes = 13.238; estudos = oito; alta qualidade) e menos todas as perdas fetais antes e depois de 24 semanas mais morte neonatal (RR médio 0,84, IC 95% 0,71 a 0,99; participantes = 17.561; estudos = 13; evidência de alta qualidade). Não houve diferenças entre os grupos para cesariana ou períneo intacto.

Recomendações

- A assistência ao parto de risco habitual, que se mantenha dentro dos limites da normalidade, pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica ou obstetriz.
- Os gestores de saúde devem proporcionar condições para a implementação de modelo de assistência que inclua a atuação integrada e conjunta de médicos, enfermeiras obstétricas e obstetrizes na assistência ao parto de risco habitual, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres.

6. CUIDADOS GERAIS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

| 6.1. Informações e comunicação

Introdução

A comunicação efetiva, em todas as formas, é aspecto fundamental nos serviços de maternidade. (Febrasgo 2021)² O objetivo global do cuidado durante o parto é gerar uma experiência positiva para a mulher e sua família, mantendo a saúde física e emocional, bem como evitar complicações e permitir intervenções, caso haja uma situação de emergência. (WHO 2018)¹

Para alcançar este objetivo, uma boa comunicação entre os profissionais e a gestante é crucial. Desenvolver um relacionamento respeitoso, individualizado e harmônico é importante para que se alcance uma percepção positiva da experiência do parto. Assim como incluir a paciente na tomada de decisões, com explicações baseadas em evidência científica, atendendo às expectativas pessoais.

As opiniões, crenças e valores da mulher, seu parceiro e sua família em relação aos seus cuidados e de seu bebê devem ser avaliados e respeitados. As mulheres devem estar plenamente envolvidas para que o cuidado seja flexível e adaptado às necessidades individuais e do seu bebê, com foco em prevenir e tratar complicações e possibilitar um atendimento seguro ao parto.

Revisão da literatura

Em uma revisão sistemática, que incluiu estudos observacionais, outras revisões sistemáticas e ensaios randomizados controlados, com mais de 45.000 mulheres em vários países (Austrália, EUA, Reino Unido, Canadá, Finlândia, Suécia, Irlanda, China, México, Líbano, Singapura, França, entre outros) (Hodnett 2002)⁷ foi identificado que existem quatro principais fatores que influenciaram na experiência do parto: expectativa pessoal, quantidade de apoio dos prestadores do cuidado, a qualidade da relação do cuidador-paciente e o envolvimento na tomada de decisão. Concluiu-se também que a dor, alívio da dor e intervenções intraparto são importantes na satisfação das mulheres, mas não tão forte como as influências das atitudes e comportamentos dos cuidadores.

Outro estudo sueco com 2.541 mulheres que avaliou os fatores de risco relacionados à experiência de parto durante a gravidez e dois meses após o parto (Waldenström et al. 2004)⁸, identificou que problemas médicos inesperados, fatores sociais, os sentimentos

das mulheres durante o trabalho de parto, tais como dor e falta de controle, além da ausência de apoio e administração de analgesia estiveram associados com a experiência negativa do parto.

Em outro estudo realizado no Reino Unido (Green & Baston 2003)⁹, com 1.146 mulheres, foram avaliadas as preferências e expectativas, além de desfechos psicológicos em relação ao parto. As multíparas tiveram maior sensação de controle do que as nulíparas em todos os casos. A sensação de controle também esteve associada com o comportamento dos profissionais tais como ser capaz de sentir confortável, ser tratada com respeito como indivíduo e a percepção de ser considerada.

Um estudo foi realizado com o objetivo de explorar os fatores relacionados à experiência do parto em 1.111 mulheres. (Waldenström 1999)¹⁰ Foram identificadas cinco variáveis explanatórias que foram preditivas de uma experiência negativa: envolvimento no processo de nascimento (percepção de controle) e apoio da enfermagem obstétrica/obstetrix foram fatores preditivos de uma experiência positiva; ansiedade, dor e ter o primeiro filho.

Outro estudo realizado na Austrália (n =790) (Brown & Lumley 1994)¹¹ revelou que não ter uma fala ativa nas decisões esteve associada com aumento de seis vezes no grau de insatisfação entre as nulíparas e de 15 vezes entre as multíparas. Após análise de regressão logística por paridade, os seguintes fatores estiveram fortemente relacionados com a insatisfação com a assistência no parto: falta de envolvimento no processo de decisão ($P < 0,001$); informação insuficiente ($P < 0,001$); maior escore de intervenções obstétricas ($P < 0,015$); e a percepção que os cuidadores não ofereciam ajuda ($P < 0,04$).

Outro estudo australiano envolvendo 1.336 mulheres, após ajustar por paridade, fatores sociais e assistência obstétrica, evidenciou que a percepção de falta de ajuda por parte dos cuidadores e não ter uma fala ativa nas decisões sobre os seus cuidados foram as variáveis que tiveram o maior impacto na experiência negativa de parto das mulheres. (Brown & Lumley, 1998)¹².

As informações devem ser oferecidas de forma clara e compreensível, de preferência de forma individualizada, procurando abordar na linguagem e na língua da paciente, sempre que for possível, utilizando o auxílio de tradutores. A informação deverá ser fornecida precocemente durante o pré-natal, no trabalho de parto, parto e puerpério.

O consentimento informado médico é o processo pelo qual um indivíduo 'competente' e não coagido recebe informações suficientes, incluindo os riscos de um procedimento médico, e dá permissão para que ele ocorra. A capacidade de dar um consentimento

informado pode ser prejudicada durante o trabalho de parto. Um estudo que teve como objetivo examinar as habilidades das mulheres para compreender e lembrar durante o trabalho de parto, observou que as mulheres que recebem informações no final da gravidez e no trabalho de parto podem compreendê-las e retê-las melhor do que as mulheres que recebem informações apenas durante o trabalho de parto, demonstrando que a capacidade das mulheres de compreender e reter informações durante o trabalho de parto é diminuída. (Ayling et al. 2019)¹³

É importante uma abordagem individualizada, com respeito e com informações baseadas em evidência científica, bem explicadas e interpretadas, para se sintam orientadas, apoiadas, seguras e protegidas ao longo do parto.

Portanto, o atendimento à gestante deve incluir apoio social através de um acompanhante de sua escolha, mobilidade, acesso a alimentos e líquidos, confidencialidade, privacidade, escolha esclarecida, informações sobre os seus direitos e garantia dos melhores padrões de assistência clínica atingível. Com um enfoque definido na assistência segura, de alta qualidade, centrada na mulher.

Recomendações

Mulheres em trabalho de parto tem o direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez, parto e puerpério, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Portanto, devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas.

Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados. O atendimento deve se basear no compromisso do sistema de saúde e dos profissionais que prestarem o serviço com uma assistência à saúde materna e neonatal segura, sendo o objetivo identificar, vigiar e notificar os incidentes que tenham repercussão grave e trabalhar na identificação das falhas com o objetivo de estabelecer um modelo assistencial mais seguro.(FIGO 2021)¹⁴

- Apresentar-se à mulher e ao seu acompanhante, dirigindo-se à parturiente pelo nome ou como gostaria de ser chamada;
- Oferecer as informações de que necessitam de forma clara e concisa, evitando termos técnicos de difícil compreensão e utilizando materiais

educativos quando necessário para comunicar processos ou procedimentos;

- Respeitar e responder às necessidades, preferências e dúvidas da mulher com uma atitude positiva;
- Apoiar as necessidades emocionais da mulher com empatia e compaixão, por meio de encorajamento, elogios, reafirmação e escuta ativa;
- Apoiar a mulher a entender que ela tem escolhas e que serão apoiadas, encorajando-a a expressar suas dúvidas, necessidades e preferências, e atualizando-a regularmente, bem como ao acompanhante, sobre o que está acontecendo;
- Os procedimentos devem ser explicados à mulher e deve ser obtido o seu consentimento informado verbal e, quando apropriado, por escrito para alguns procedimentos;
- Verificar se a mulher tem dificuldades para se comunicar, se possui deficiência auditiva, visual ou intelectual; perguntar qual língua brasileira (português ou libras) prefere utilizar ou, ainda, para o caso de mulheres estrangeiras ou indígenas verificar se compreendem o português do Brasil e se há necessidade de tradução;
- Orientar sobre estratégias de alívio da dor disponíveis e oferecer informações para encontrar quais abordagens são mais aceitáveis para ela.
- Envolver a mulher na transferência de cuidados para outro profissional, quando solicitar opinião adicional ou no final de um plantão.
- Os sistemas de saúde devem assegurar que a equipe de cuidados de maternidade seja treinada de acordo com os padrões nacionais de competência em comunicação interpessoal e habilidades de aconselhamento.
- Antes do parto informar as mulheres sobre as seguintes questões
 - Benefícios e riscos da indução do parto (indicações médicas e eletivas);
 - A necessidade de escolha de um acompanhante pela mulher para o apoio durante o parto. Este acompanhante deve receber as informações importantes;

- Estratégias de manejo da dor e métodos disponíveis na unidade, descrevendo os riscos e benefícios de cada método (farmacológicos e não farmacológicos);
- Organização do local de assistência ao parto, limitações (física, recursos disponíveis) relativas à unidade, bem como disponibilidade de certos métodos e técnicas;
- Os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe para auxiliar as mulheres em escolhas bem informadas.

| 6.2 Apoio físico e emocional

Introdução

O apoio de familiar ou acompanhante da escolha da gestante em todas as etapas da gravidez proporciona à gestante mais conforto e acolhimento. (Febrasgo 2021)² Para assegurar esse importante apoio durante a internação para o parto, foi publicada a Lei Federal nº 11.108/2005¹⁵ que, em seu artigo 19, diz: “Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” e no parágrafo primeiro indica que “O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente”.

A presença da doula, além do apoio familiar ou do acompanhante, tem sido discutida e com projetos de lei aprovados em alguns municípios do país. No entanto, não existe lei nacional que regule a atividade. A doula é a pessoa que oferece apoio psicológico, conforto e suporte emocional à mulher durante todo o período de gravidez, parto e pós-parto. Sua atividade enquadra-se, atualmente, como uma ocupação, pois não é categoria profissional regulamentada. A presença da doula, por solicitação da gestante, não implica em obrigações por parte do estabelecimento de saúde, como remuneração ou vínculo empregatício.

Ao chegar na maternidade ou hospital, a mulher e o acompanhante devem ser acolhidos. Não há determinação de grau de parentesco para o acompanhante, sendo assim, de livre escolha da gestante.

Revisão da literatura

Em 2017 foi publicada uma revisão sistemática da Cochrane (Bohren et al. 2017)¹⁶, incluindo 27 estudos, com 15.858 gestantes de 17 países, analisando mulheres alocadas para ter ou não apoio contínuo no trabalho de parto. As que tiveram apoio contínuo

tiveram mais parto vaginal espontâneo (RR 1,08 IC95% 1,04 a 1,12; 21 estudos com 14.369 gestantes – baixa qualidade da evidência) e menos experiência negativa com o parto (RR 0,69, IC95% 0,59 a 0,79; 11 estudos, com 11.133 gestantes; baixa qualidade da evidência) e menos uso de analgesia de qualquer tipo (RR 0,90- IC95% 0,84 a 0,96; 15 estudos, com 12.433 gestantes). Além disso, as gestantes com apoio contínuo no parto tiveram menor duração do trabalho de parto (-0.69 horas, IC95% -1.04 a -0.34; 13 estudos; 5.429 gestantes; baixa qualidade da evidência), menos cesarianas (RR 0,75 - IC95% 0,64 a 0,88; 24 estudos, 15.347 gestantes; baixa qualidade da evidência), menos parto vaginal instrumentado (RR 0,90, IC95% 0,85 a 0,96; 19 estudos, 14.118 gestantes), menos anestesia locoregional (RR 0,93, IC95% 0,88 a 0,99; 9 estudos, 11.444 gestantes), menos Apgar baixo no quinto minuto (RR 0,62, IC95% 0,46 a 0,85; 14 estudos, 12.615 gestantes). Não houve impacto em outras complicações maternas ou fetais/neonatais. Análises de subgrupos demonstrou que a redução de cesárea se mostrou mais efetiva nos lugares onde a analgesia locoregional não estava disponível, assim como os efeitos foram maiores nos locais onde não existe acompanhante da escolha da gestantes. O risco de vieses nos estudos incluídos é elevado, pois somente um estudo foi adequadamente mascarado para os avaliadores, além de outras inconsistências metodológicas.

As evidências científicas, portanto, demonstram que existem benefícios importantes do apoio contínuo no parto. Entre estes benefícios podemos incluir uma diminuição da propensão à analgesia, ao parto vaginal instrumentalizado e à cesariana, melhores índices de Apgar e melhor satisfação com o parto.

As mulheres desejam uma experiência de parto positiva que satisfaça ou exceda suas crenças e expectativas pessoais e socioculturais anteriores. Isso inclui dar à luz um bebê saudável em um ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com continuidade de apoio prático e emocional do acompanhante, além de equipe de saúde gentil e tecnicamente competente. A maioria das mulheres deseja um trabalho de parto e parto fisiológico, tendo sensação de realização e controle pessoal pelo envolvimento na tomada de decisões, mesmo quando intervenções médicas são necessárias ou desejadas (WHO, 2018)¹.

Recomendações

- As parturientes devem receber apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e parto.
- O apoio contínuo por pessoa de escolha da gestante não dispensa o apoio oferecido pela equipe de saúde que presta assistência ao parto.

- A parturiente não deve ser deixada sozinha, exceto por períodos muito curtos de tempo ou por sua solicitação.
- As mulheres devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, não invalidando o apoio dado por pessoal de fora da rede social da mulher.

| 6.3 Dieta durante o trabalho de parto

Introdução

A restrição alimentar é ainda uma prática comum em muitas maternidades. Na década de 1940, estudos demonstraram elevada mortalidade em gestantes que foram submetidas a anestesia geral para cesariana e estavam com líquido ou alimento no estômago (Mendelson 1946)¹⁷, sendo decorrente destes estudos o medo de aspiração de conteúdo estomacal durante uma anestesia. No entanto, com as técnicas atuais de anestesia, com taxas baixas de utilização de anestesia geral na obstetrícia (menos de 5%), a aspiração do conteúdo estomacal é um evento muito raro. E, se considerarmos o contexto das gestações de risco habitual, as taxas de anestesia geral são menores ainda. Por essas razões, a alimentação durante o trabalho de parto deve ser analisada à luz dos conhecimentos atuais, avaliando os seus reais riscos e benefícios para definirmos a melhor recomendação.

Revisão da literatura

A ingesta de líquidos e a dieta mais liberada durante o trabalho de parto em gestações de risco habitual estão associadas com redução do tempo do trabalho de parto sem aumentar eventos adversos graves, maternos ou neonatais, quando comparada à ingesta mais restrita (gelo, água). Considerando que o risco de aspiração de conteúdo gástrico na gestante de risco habitual é 1/1.000.000, e é baixa a taxa de anestesia geral na cesariana, não há evidências científicas que apoiem a restrição oral no trabalho de parto de gestações de risco habitual. (Alhafez & Berghella 2020)¹⁸

Para as pacientes que precisem ficar em jejum durante o trabalho de parto, alguns estudos avaliaram a infusão de líquidos endovenosos durante o trabalho de parto. A infusão endovenosa de soluções salinas (250mL/hora) foi associada a redução de 60 minutos na duração do trabalho de parto em gestantes que tinham restrição de ingesta oral e houve uma redução de 30% na taxa de cesárea. A infusão de soluções com dextrose reduziu mais a duração do trabalho de parto, quando comparada com

soluções sem dextrose. No entanto, não houve redução significativa nos ensaios clínicos onde a ingestão oral não era restrita, sendo, então, recomendada a reposição volêmica apenas nas gestantes que ficarem sem dieta liberada (Ehsanipoor et al. 2017, Riegel et al. 2018)^{19,20}.

Caso seja indicado jejum (por maior risco de cesárea) ou caso a parturiente não consiga realizar ingestão oral, a prescrição de infusão de soro glicofisiológico a 5% deve ser realizada, como conduta de exceção (Febrasgo, 2021)².

Recomendações

- Para parturientes de risco habitual, recomenda-se a ingestão oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.

| 6.4 Medidas de assepsia para o parto vaginal

Introdução

Dentre as causas de morte materna no Brasil, a infecção ocupa um lugar importante, portanto, estratégias que visem reduzir infecção são importantes e precisam ser revisadas. As medidas de assepsia, largamente utilizadas na assistência ao parto com o objetivo de diminuir as complicações infecciosas, são muito variáveis dependendo do local de assistência. Por esse motivo, é importante a avaliação e análise da evidência científica disponível para poder recomendar quais as medidas de assepsia são mais eficazes para o parto vaginal.

Revisão da literatura

A limpeza perineal ou vaginal com clorexidina no trabalho de parto foi avaliada na revisão da Cochrane (Lumbiganon et al. 2014)²¹ e não houve prevenção de infecção materna ou neonatal, quando comparada com nenhuma desinfecção vulvo-vaginal. Também não houve diferença na incidência de endometrite pós-parto, infecção neonatal por estreptococo do grupo B e transmissão do HIV no parto com o uso de clorexidina (Wiysonge et al. 2005)²².

Recomendações

- Não é recomendada a limpeza vaginal de rotina com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas.

- A água e sabão podem ser usada para a limpeza vulvar e perineal, se houver necessidade, antes do exame vaginal.
- Medidas de higiene, incluindo higiene padrão das mãos e uso de luvas são necessárias para reduzir a contaminação cruzada entre as mulheres, crianças e profissionais.

7. MANEJO DA DOR NO TRABALHO DE PARTO

A dor durante o trabalho de parto é um sintoma comum, que envolve aspectos biológicos como as contrações uterinas, a dilatação cervical, a pressão do feto, a tolerância individual e fatores da percepção da dor, que podem ser cognitivos, ambientais e sociais (Caughey & Tilden 2022)²³. Além disso, é um aspecto fisiológico importante, responsável por desencadear a liberação de endorfinas e outras substâncias endógenas relacionadas não só com a maior tolerância à dor, mas até com a sensação de prazer e satisfação no parto. Por essa razão, a assistência obstétrica adequada não deve estar centrada no objetivo de garantir a ausência de dor, pois a vivência e significados podem variar entre as mulheres.

A dor excessiva e insuportável pode estar relacionada a fatores culturais, emocionais, à insuficiência de apoio qualificado à mulher e às práticas assistenciais inadequadas.

Cabe ainda lembrar que a dor indica o momento de transição do ciclo grávido-puerperal, da fase evolutiva (gravidez), para a resolutive (parto), e orienta para a tomada de decisão pertinente em relação à preparação para essa nova fase. Sob esse ponto de vista, a dor tem utilidade para evitar que a mulher dê à luz de forma inconsciente, como ocorre com portadoras de paraplegia, que não sentem as dores do parto e este pode acontecer em condições inadequadas, com maior risco de óbito para o concepto.

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. Este capítulo abordará o manejo da dor durante o trabalho de parto, avaliando os métodos de alívio, não farmacológicos e farmacológicos, além da experiência e satisfação das mulheres em relação ao manejo da dor.

Uma revisão sistemática da Cochrane (Jones et al. 2012)²⁴ resumiu as evidências sobre a eficácia e segurança de intervenções não farmacológicas e farmacológicas para alívio a dor no trabalho de parto com base em 15 revisões Cochrane (255 estudos incluídos) e três revisões não-Cochrane (55 estudos incluídos). A maioria das revisões comparou a intervenção com placebo ou tratamento padrão, mas com exceção dos opioides e analgesia peridural. Evidências sugerem que a analgesia epidural, epidural combinada espinhal e inalatória controlam eficazmente a dor no trabalho de parto, mas podem causar efeitos adversos. A analgesia epidural e inalatória efetivamente alivia a dor quando comparada com placebo ou um tipo diferente de intervenção (peridural versus opioides). As epidurais espinhais combinadas aliviam a dor mais rapidamente do que as

epidurais tradicionais ou de baixa dosagem. As mulheres que receberam analgesia inalatória apresentaram maior probabilidade de apresentar vômitos, náuseas e tonturas. Quando comparadas com placebo ou opioides, as mulheres que receberam analgesia epidural tiveram mais partos vaginais operatórios e cesarianas por sofrimento fetal, embora não tenha havido diferença nas taxas de cesarianas em geral. As mulheres que receberam analgesia epidural tiveram maior probabilidade de apresentar hipotensão, bloqueio motor, febre ou retenção urinária. Menos retenção urinária foi observada em mulheres que receberam epidural combinada do que em mulheres que receberam epidurais tradicionais. Mais mulheres que receberam epidural combinada do que epidural de baixa dose experimentaram prurido. Não há evidências suficientes para julgar se hipnose, biofeedback, injeção de água estéril, aromaterapia, TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* - Neuroestimulação Elétrica Transcutânea) ou opioides parenterais são ou não mais eficaz do que o placebo ou outras intervenções para o controle da dor no trabalho de parto. Em comparação com outros opioides, mais mulheres que receberam petidina apresentaram efeitos adversos, incluindo sonolência e náusea.

A partir dessa metanálise, os métodos de alívio da dor podem ser classificados em:

- métodos com evidências científicas de que promovem alívio efetivo da dor: analgesia farmacológica regional ou inalatória;
- métodos que, segundo evidências científicas atuais, podem promover alívio efetivo da dor: imersão em água, relaxamento, acupuntura, massagem;
- métodos sem evidência suficiente de que promovam alívio efetivo da dor: hipnose, biofeedback, aromaterapia e TENS.

Antes da analgesia farmacológica, os métodos não farmacológicos para alívio da dor devem ser oferecidos. São simples, de baixo custo, não invasivos e geralmente sem contraindicações ou efeitos adversos (Febrasgo 2021)².

| 7.1 Abordagem não farmacológica da dor

Introdução

Os objetivos da abordagem não farmacológica são de ajudar a mulher a lidar melhor com a dor e manter um sentimento de controle pessoal do processo, reduzindo o sofrimento, mas sem a expectativa de fazer a dor desaparecer.

Os principais métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto e parto são: técnicas de distração e relaxamento, movimento, bola, toque e massagem, acupressão, aplicação de frio ou calor, técnicas de relaxamento com respiração, banho

de chuveiro, musicoterapia, consideradas de baixo investimento. Dentre as consideradas de moderado investimento, as principais são aromaterapia, acupuntura, yoga, injeção de água estéril, hipnose, biofeedback, TENS e imersão em água.

Existem ainda as intervenções que demandam poucos recursos (“low resource”) que incluem atividades que distraem e acalmam, como, por exemplo: encorajamento, toque calmante, mãos dadas, palavras elogiosas, um pano frio na testa, que estão relacionados aos acompanhantes e doulas. Embora não tenham sido estudados os efeitos dessas intervenções sobre os resultados do parto, devem ser mencionadas, por fazerem parte de um cuidado humanizado, além de transmitirem apoio e contribuírem para diminuir os níveis de estresse da parturiente, modificando indiretamente sua percepção da dor.

Revisão da literatura

Movimentação materna/Deambulação

Uma revisão sistemática (Lawrence et al. 2013)²⁵ demonstrou que a movimentação da mãe, caminhando e ficando em posições verticais no primeiro estágio do parto, reduz a duração do trabalho de parto, o risco de cesárea e a necessidade de anestesia epidural, sem interferir negativamente no desfecho. Achados semelhantes foram encontrados em revisão sistemática (Gupta et al. 2017)²⁶ que incluiu 30 estudos, envolvendo 9.015 mulheres comparando a posição supina com a deambulação, estando a posição não-supina associada a menores taxas de intervenções cirúrgicas e diminuição do tempo do trabalho de parto em 6 minutos, porém com risco discretamente aumentado (RR 1,48) de perda sanguínea > 500ml.

Bola de parto

O uso de uma bola de parto (uma bola de exercícios ou bola de fisioterapia) durante o trabalho de parto estimula o relaxamento do tronco e do assoalho pélvico e também proporciona algum alívio da dor, ao mesmo tempo em que permite à mulher liberdade de movimento e controle pessoal da intervenção. Quando usada na posição sentada, a bola aplica uma pressão não dolorosa no períneo, que pode bloquear parte da mensagem nociceptiva no nível da medula espinhal e, assim, reduzir a sensação de dor. As parturientes também podem ficar de pé ou ajoelhadas, inclinando a parte superior do corpo sobre a bola, o que pode fornecer um suporte confortável para o tronco ou para as costas. As bolas de parto são fáceis de usar e podem ser usadas junto com outras intervenções para conforto da mulher, como, por exemplo: analgésicos, banho quente, massagem, etc.

O benefício do uso de bolas de parto durante o trabalho de parto foi analisado em metanálise (Delgado et al. 2019)²⁷ que incluiu sete estudos, focando nos resultados maternos e neonatais. Foram verificadas diferenças para o desfecho dor nos subgrupos na bola de parto por 20/30 min (diferença média [DM] -1,46; IC 95%: -2,15 a -0,76, 60 min (DM -1,95; IC 95%: -2,68 a -1,22) e 90 min (DM -1,72; IC 95%: -2,44 a -1,00), com base em uma qualidade moderada de evidência. Os autores concluem que o uso da bola de parto reduziu a dor após 20 a 90 min de uso e não houve diferença nos outros resultados.

Uma metanálise (Grenvik et al. 2022)²⁸ de ensaios clínicos randomizados foi realizada para avaliar se o uso da bola de parto diminui a dor materna durante o trabalho de parto. Foram incluídos sete estudos com 533 grávidas, 287 (53,8%) foram randomizados para o grupo de intervenção (bola de parto) e 246 (46,2%) para o grupo controle. A dor do parto diminuiu significativamente em 1,70 pontos no grupo da bola de parto em comparação com o grupo controle (diferença média -1,70 pontos; IC 95% -2,20 a -1,20). O uso da bola de parto versus nenhuma bola de parto não resultou em uma diferença significativa na incidência de parto vaginal espontâneo, parto vaginal operatório, cesariana ou lacerações perineais.

Toque e Massagem

Uma revisão sistemática (Stillerman 2008)²⁹ que incluiu oito ensaios envolvendo 671 mulheres compararam massagem com o cuidado usual (sem massagem) e demonstraram evidências moderadas de redução do escore de dor no primeiro estágio do parto (diferença média de -0,82, IC 95%, -1,17. -0,47). Os níveis de evidência na redução do tempo do trabalho de parto e da incidência de procedimentos operatórios é de baixo grau de certeza. A técnica de massagem ideal não é conhecida e são necessários mais testes sobre a eficácia. No entanto, a massagem continua sendo uma opção simples, de baixo custo e segura para proporcionar alívio às mulheres em trabalho de parto. É possível que os achados sobre a aceitabilidade da massagem possam estar relacionados a relacionamentos positivos e companheirismo no trabalho de parto, e não devido à massagem em si. Dois estudos sugeriram que o contexto de cuidado e o tipo de cuidado prestado e prestador de cuidados têm um forte efeito sobre a necessidade de alívio da dor do parto e sobre os tipos de escolhas que as mulheres fazem em relação a essa necessidade. (Lally et al. 2008)³⁰

Uma revisão da Cochrane (Smith et al. 2018)³¹ examinou as evidências atualmente disponíveis sobre métodos não farmacológicos para o controle da dor no trabalho de parto. Dez ensaios (1.055 mulheres) contribuíram com dados para a metanálise. Foram encontradas evidências de baixa qualidade de que a massagem proporcionou uma

maior redução na intensidade da dor do que o cuidado usual durante o primeiro período do parto (DM -0,81, IC 95% -1,06 a -0,56, seis ensaios, 362 mulheres). Um estudo relatou menos ansiedade durante o primeiro período do parto em mulheres que receberam massagem (DM -16,27, IC 95% -27,03 a -5,51, 60 mulheres). Um estudo encontrou maior sensação de controle em mulheres que receberam massagem (DM 14,05, IC 95% 3,77 a 24,33, 124 mulheres, evidência de baixa qualidade). Dois estudos que examinaram a satisfação com a experiência do parto relataram dados em diferentes escalas; ambos encontraram mais satisfação com a massagem, embora a evidência fosse de baixa qualidade em um estudo e muito baixa no outro.

Compressas mornas

O calor é normalmente aplicado nas costas, na parte inferior do abdome, na virilha e/ou no períneo da mulher. Possíveis fontes de calor incluem uma garrafa de água morna, meia cheia de arroz aquecida, compressa quente (toalhas embebidas em água morna e espremidas), almofada de aquecimento elétrico ou cobertor quente. Além de ser usado para alívio da dor, o calor é usado para aliviar calafrios ou tremores, diminuir a rigidez articular, reduzir o espasmo muscular, aumentar a extensibilidade do tecido conjuntivo e promover o relaxamento entre as contrações. Uma técnica para aliviar a dor da contração é aplicar calor no local de maior dor (frequentemente na parte inferior do abdome ou na parte inferior das costas) para coincidir com o início da contração. Nenhum estudo avaliou a temperatura ideal ou a duração da terapia de calor. Deve-se tomar cuidado para evitar queimaduras. (Taavoni et al. 2013)³² Embora os resultados de pequenos ensaios sejam encorajadores, são necessários dados de grandes ensaios para avaliar a eficácia e determinar o tempo ideal de aplicação e as temperaturas ideais.

Na revisão da Cochrane (Smith et al. 2018)³¹ que examinou as evidências atualmente disponíveis sobre métodos não farmacológicos para o controle da dor no trabalho de parto, foram analisados estudos que utilizaram compressas mornas. Foram encontradas evidências de qualidade muito baixa para redução da dor avaliada por Escala Visual Analógica no primeiro período do parto (DM -0,59, 95% CI -1,18 a -0,00, três ensaios, 191 mulheres). Evidências de qualidade muito baixa mostraram redução na duração do trabalho de parto (minutos) no grupo de bolsa quente (DM -66,15, IC 95% -91,83 a -40,47; dois ensaios; 128 mulheres). Os resultados foram semelhantes para compressas frias versus cuidados habituais, e compressas quentes e frias intermitentes versus cuidados habituais.

Técnicas de respiração e relaxamento

Há várias modalidades de técnicas de respiração e relaxamento associadas a redução da dor na fase latente do trabalho de parto e possivelmente na fase ativa do trabalho de parto. (Smith et al. 2018)³¹ No entanto, um estudo randomizado controlado (Boaviagem et al. 2017)³³ que designou aleatoriamente 140 mulheres para padrões respiratórios durante a fase ativa do trabalho de parto ou cuidados de rotina não relatou diferenças em ansiedade, dor, fadiga e satisfação materna entre os dois grupos. Esses resultados díspares podem resultar de viés de seleção no estudo baseado em pesquisa ou limitações do estudo, incluindo falta de eficácia do treinamento respiratório específico, uso apenas na fase ativa do trabalho de parto ou tamanho de amostra muito pequeno. Além disso, a respiração de relaxamento pode ser muito útil de outras maneiras além do alívio da dor, por contribuir com a capacidade da mulher de lidar com a dor do parto.

Dez estudos foram analisados em uma revisão sistemática (Leutenegger et al. 2022)³⁴ que incluiu nove ensaios clínicos randomizados e um estudo quase-experimental. Os resultados indicam que técnicas hábeis de respiração e relaxamento podem influenciar positivamente a autoeficácia, a necessidade de suporte farmacológico, especificamente o uso de anestesia peridural, e a memória da dor do parto. Não foram encontrados efeitos em relação aos resultados neonatais. A qualidade das evidências sobre resultados maternos e neonatais é inconsistente entre os estudos, pois diferentes aulas de educação pré-natal com intervenções variadas, incluindo técnicas de respiração e relaxamento, foram oferecidas. Os autores concluem que as técnicas de respiração e relaxamento parecem beneficiar as mulheres no parto, conferindo maior autoconfiança e maior sensação de estar no controle durante o trabalho de parto.

Banho de chuveiro

Embora os dados sejam limitados, tomar banho durante o trabalho de parto parece aumentar o enfrentamento e o relaxamento (Stark 2013)³⁵ e reduzir os escores de dor medidos pela escala analógica visual (VAS). Além disso, as mulheres que recebem terapia de banho relatam maior satisfação (Lee et al. 2013)³⁶. Não houve efeitos adversos. Embora o uso da água no trabalho de parto apresente benefícios no controle da dor, sem efeitos adversos relatados para a mãe ou para a criança, a imersão é mais efetiva, porém a sua utilização no Brasil envolve o redesenho das unidades de assistência ao parto, já que a maioria delas não possuem banheiras, com dispêndio de recursos para a sua operacionalização. Tal fato deve ser considerado quando da construção ou reforma de unidades assistenciais. O chuveiro pode substituir a banheira, possibilitando o favorecimento da mobilidade por ficar em pé sob o mesmo, ou sentada

na bola suíça, realizando movimentos circulares. Não há limite de tempo para permanecer sob o chuveiro. A mulher deve ser estimulada a ficar enquanto desejar e retornar ao mesmo sempre que sentir necessidade. A vitalidade fetal deve ser avaliada com a mesma frequência que fora do chuveiro.

Imersão em água

A imersão em água quente suficiente profunda para cobrir o abdome da mulher aumenta o relaxamento e reduz a dor do parto. Em uma metanálise (Cluett et al. 2018)³⁷ de 2018 de ensaios randomizados que avaliaram a segurança e a eficácia da imersão em água durante a primeira fase do trabalho de parto, o uso de analgesia/anestesia epidural, espinal e paracervical foi ligeiramente menor para grupos de imersão em comparação com controles (taxa de risco 0,91, IC 95% 0,83-0,99; cinco tentativas). Não houve diferenças significativas no uso de narcóticos ou resultado geral da analgesia, duração total do trabalho de parto, taxas de parto operatório, trauma perineal ou resultados neonatais. Em resposta a esta revisão e a outros dados, o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG 2016)³⁸ concluiu que a imersão em água durante a primeira fase do trabalho de parto "pode ser oferecida a mulheres saudáveis com gravidez sem complicações entre 37+0 e 41+6 semanas de gestação".

Musicoterapia

Consiste em estímulos auditivos, como música, ruído branco ou sons ambientais, para uma distração agradável ou um guia rítmico, para diminuir a percepção da dor. É popular para o alívio da dor durante o trabalho dentário, após a cirurgia e para outras situações dolorosas. No entanto, não há evidências de alta qualidade de eficácia no tratamento da dor do parto, embora pequenos estudos tenham relatado alguma redução na dor e na ansiedade (Liu et al. 2010)³⁹.

Aromaterapia

A aromaterapia requer orientação de profissionais treinados no uso dos óleos essenciais para evitar danos, toxicidade e usos equivocados. Quanto aos dados, um ensaio (Yazdkhasti & Pirak 2016)⁴⁰ de inalação de lavanda durante o trabalho de parto relatou que, em comparação com um grupo de controle, ocorreu uma redução significativa na intensidade da dor após a inalação da lavanda quando comparada com a inalação de um placebo inodoro por um grupo controle. Uma metanálise (Chen et al. 2019)⁴¹ incluindo 17 estudos descobriu que a aromaterapia diminuiu significativamente a dor do parto entre 8 e 10 cm de dilatação cervical. As limitações do estudo incluíram ampla heterogeneidade no cenário do estudo, métodos, definições de variáveis e

resultados. Por outro lado, duas metanálises (Smith et al. 2011; Luo et al. 2014)^{31,42} diferentes que avaliaram a eficácia da aromaterapia para a dor do parto não relataram nenhum efeito do tratamento na intensidade da dor, parto cirúrgico ou uso de alívio farmacológico da dor (peridural), mas os resultados foram limitados por um pequeno número ensaios e pacientes.

Acupuntura

Uma revisão sistemática (Smith et al. 2020)⁴³ buscou examinar os efeitos da acupuntura e da acupressão no controle da dor no trabalho de parto. Foram incluídos 28 estudos com 3.960 mulheres. Treze estudos relataram sobre acupuntura e 15 estudos relataram sobre acupressão. A intensidade da dor foi geralmente medida em uma escala visual analógica (VAS) de 0 a 10 ou 0 a 100 com pontuações baixas indicando menos dor. A acupuntura pode fazer pouca ou nenhuma diferença na intensidade da dor sentida pelas mulheres quando comparada com a acupuntura simulada (DM -4,42, IC 95% -12,94 a 4,09, 2 ensaios, 325 mulheres, evidência de baixa qualidade). A acupuntura pode aumentar a satisfação com o alívio da dor em comparação com a acupuntura simulada (RR 2,38, IC 95% 1,78 a 3,19, 1 ensaio, 150 mulheres, evidência de qualidade moderada) e provavelmente reduz o uso de analgesia farmacológica (RR 0,75, 95% CI 0,63 a 0,89, 2 ensaios, 261 mulheres, evidência de qualidade moderada). É incerto se a acupressão reduz a intensidade da dor no trabalho de parto (MD -1,93, IC 95% -3,31 a -0,55, 6 ensaios, 472 mulheres) porque a evidência foi considerada muito baixa.

Ioga

Pelo menos um estudo (Newham et al. 2014)⁴⁴ relatou que as técnicas de relaxamento, respiração e postura do yoga parecem reduzir a ansiedade materna em relação ao parto. Duas revisões (Smith et al. 2018, Babbar et al. 2012)^{31,45} diferentes relataram que as mulheres que praticaram ioga durante a gravidez relataram menos desconfortos, dores e estresse na gravidez. Não se sabe se um componente específico da ioga (por exemplo, padrão específico de respiração, posição ou tipo de ioga) é mais eficaz do que outro.

Hipnose

Em uma metanálise (Madden et al. 2016)⁴⁶ de nove ensaios, incluindo quase 3.000 mulheres, comparando a hipnose com outros métodos de alívio da dor ou placebo, as mulheres que receberam hipnoterapia (pré-natal ou em trabalho de parto) eram menos propensas a usar o alívio farmacológico da dor (não incluindo epidural) (RR média 0,73, IC 95% 0,57-0,94, oito estudos, 2916 mulheres), mas não houve diferenças entre os

grupos no sentido de lidar com o trabalho de parto (DM 0,22, 95% IC 95% -0,14 a 0,58, um estudo, 420 mulheres), vaginal espontâneo nascimento (RR média 1,12, IC 95% 0,96-1,32, seis estudos, 2361 mulheres) ou satisfação com o alívio da dor em comparação com outros tratamentos para a dor.

Biofeedback

É uma técnica terapêutica em que os indivíduos recebem treinamento para obter controle sobre as respostas fisiológicas com o auxílio de instrumentos eletrônicos. Ajuda o indivíduo a regular conscientemente os processos psicológicos e físicos, como a dor, que geralmente não estão sob controle consciente. No entanto, não parece ser eficaz na redução da dor do parto. Uma revisão sistemática (Barragán Loayza et al. 2011)⁴⁷ de biofeedback para controle da dor no trabalho de parto incluiu quatro ensaios (186 mulheres). A maioria dos estudos avaliou os efeitos do biofeedback eletromiográfico em mulheres que estavam grávidas pela primeira vez. Não houve diferença entre os grupos de biofeedback e controle em termos de uso de alívio farmacológico da dor, aumento do trabalho de parto, parto vaginal assistido ou cesariana. Embora o biofeedback eletromiográfico parecesse ter alguns efeitos positivos no início do trabalho de parto, houve necessidade de analgesia farmacológica adicional à medida que o trabalho de parto avançava. As conclusões foram ainda mais limitadas pela diversidade de intervenções e resultados medidos e falta de dados descrevendo as fontes de viés que foram avaliadas.

Neuroestimulação Elétrica Transcutânea (TENS)

TENS é a transmissão de impulsos elétricos de baixa voltagem de um gerador portátil alimentado por bateria para a pele por meio de eletrodos de superfície. Embora haja alguma evidência de eficácia da TENS na redução da dor aguda, faltam dados de suporte para o uso da TENS para reduzir a dor no trabalho de parto. Como exemplos:

Uma revisão sistemática (Dowswell et al. 2009)⁴⁸ de 2009 (17 estudos incluindo mais de 1.400 mulheres) comparando TENS para o manejo da dor do parto com cuidados de rotina, outros tratamentos não farmacológicos para dor ou dispositivo placebo concluiu que não houve diferença nas classificações de dor entre receptoras de TENS e mulheres de controle. Digno de nota, o subgrupo de mulheres que receberam TENS nos pontos de acupuntura foram menos propensos a relatar dor intensa (RR 0,41, IC 95% 0,32-0,55). Não houve benefício no uso da TENS como adjuvante da analgesia peridural e nenhuma evidência consistente de que a TENS teve algum impacto nas intervenções e resultados do trabalho de parto. Nenhum evento adverso foi relatado. A maioria das

mulheres que usaram a TENS, no entanto, ficaram satisfeitas e usariam novamente em um trabalho de parto futuro.

Um estudo subsequente (Santana et al. 2016)⁴⁹ que designou aleatoriamente 46 mulheres em trabalho de parto de baixo risco para TENS ou cuidados habituais relatou uma redução de 11 pontos, ou 10 por cento, nos níveis de dor (escala de 100 pontos, desvio padrão de 18 mm) após o tratamento e uma média de cinco horas a mais tempo até o início da medicação no grupo TENS. Não houve diferenças na satisfação do paciente ou resultados maternos ou neonatais entre os grupos.

A maioria dos métodos não farmacológicos de controle da dor é não invasiva e parece ser segura para a mãe e o bebê (Jones et al. 2012)²⁴. Entretanto, sua eficácia não é clara devido a evidências limitadas de alta qualidade. É importante adaptar os métodos a serem utilizados de acordo com o desejo da mulher, bem como com a duração prevista do trabalho de parto, as condições materna e fetal (Shiferaw et al. 2020)⁵⁰.

Recomendações

- Os profissionais de saúde devem comunicar às mulheres as opções disponíveis para alívio da dor em suas instalações de parto e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções, de acordo com as convicções da mulher, salvaguardando a segurança materna e fetal.
- A deambulação e livre movimentação materna é permitida, notadamente no primeiro e segundo período do trabalho de parto.
- Técnicas como massagem ou aplicação de compressas mornas são recomendadas para parturientes de risco habitual que desejam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo da preferência da mulher.
- Métodos como bola de parto, técnicas de respiração e relaxamento, banhos de chuveiro, musicoterapia podem proporcionar redução na dor, mesmo que modesta e com baixos níveis de evidência, com custo e risco mínimos, podendo ser utilizados de maneira associada e conforme disponibilidade e desejo da mulher.
- Sempre que possível deve ser oferecido à mulher a imersão em água para alívio da dor no trabalho de parto.
- Não há evidências suficientes para apoiar o uso da TENS para reduzir a dor no trabalho de parto.
- Tentar retardar ou evitar a progressão do trabalho de parto com métodos de alívio da dor não é recomendado.

| 7.2 Abordagem farmacológica da dor

Introdução

As abordagens farmacológicas para lidar com a dor do parto podem ser amplamente classificadas como sistêmicas ou loco-regionais. A administração sistêmica inclui as vias parenteral e inalatória. As técnicas analgésicas loco-regionais consistem em técnicas neuraxiais (ou seja, epidural, raquidiana, combinada raqui-peridural ou epidural por punção dural e os bloqueios dos nervos pudendo e paracervical. Há preferência de todos os guidelines pelo uso de analgesia neuraxial para parturientes que desejam tratamento farmacológico da dor do parto, devido à analgesia ideal e efeitos colaterais mínimos para a parturiente e o feto.

Revisão da literatura

Bloqueio neuroaxial

As técnicas incluem epidural, combinada raqui-peridural, punção dural epidural, raquianestesia única e raquidiana contínua, devendo bloquear T10 a L1 para o primeiro estágio do trabalho de parto e se estender de S2 a S4 durante o final do primeiro estágio e segundo estágio do trabalho de parto. Os riscos e benefícios do início do bloqueio neuroaxial em mulheres em trabalho de parto devem ser considerados caso a caso e as técnicas decididas pela equipe com coordenação pelo anesthesiologista. Embora existam poucas contraindicações para a analgesia neuraxial de parto, em certos cenários, como coagulopatia, aumento da pressão intracraniana ou infecção cutânea na região lombar, as vantagens da analgesia neuraxial devem ser ponderadas em relação aos seus riscos.

Bloqueio de nervo pudendo

O método é útil para aliviar a dor decorrente da distensão vaginal e perineal durante o segundo estágio do trabalho de parto. (Jones et al. 2012)²⁴ Eles podem ser usados como complemento para analgesia peridural se os nervos sacrais não estiverem suficientemente anestesiados. Os bloqueios do nervo pudendo também podem ser realizados para fornecer analgesia para parto com fórceps baixo, mas são inadequados para parto com fórceps médio (raramente realizados).

Bloqueio paracervical

O método não é mais recomendado, pela alta incidência de bradicardia fetal relacionada.

Óxido nitroso inalatório

A analgesia por inalação de óxido nitroso (geralmente uma mistura de 50% de óxido nitroso e 50% de gás oxigênio) para dores de parto tem sido usada há décadas na Grã-Bretanha, Escandinávia, Austrália, Nova Zelândia, Canadá e outros países, mas menos comumente nos Estados Unidos. A eficácia analgésica do óxido nitroso para o trabalho de parto não é clara. Revisões sistemáticas (Kronberg & Thompson 2006)⁵¹ descobriram que alivia a dor do parto em grau significativo na maioria das pacientes, mas não fornece analgesia completa para muitas e algumas mulheres não respondem. Poucos estudos razoáveis ou de boa qualidade estão disponíveis e eles não fornecem evidências claras, quantitativas e objetivas de sua eficácia analgésica para o alívio da dor do parto. No entanto, para as mulheres que optam por evitar ou retardar a analgesia neuraxial, para aquelas que têm contra-indicações ou para aquelas que não têm acesso à analgesia neuraxial, o óxido nitroso pode fornecer um meio alternativo para algum alívio da dor. Os efeitos de náuseas e vômitos ocorrem em até 40% das mulheres.

O óxido nitroso pode fornecer um meio alternativo para algum alívio da dor, para as mulheres que optam por evitar ou retardar a analgesia neuraxial, para aquelas que têm contra-indicações ou para aquelas que não têm acesso à analgesia neuraxial, devendo ser alertado sobre o risco de náuseas e vômitos.

Opióides

Os opioides têm as vantagens de facilidade de administração, ampla disponibilidade, custo mais baixo e são menos invasivos do que as técnicas neuraxiais, embora o alívio substancial da dor do parto geralmente não seja alcançado. Em um estudo (Olofsson et al. 1996)⁵² de mulheres que receberam meperidina ou morfina para analgesia de parto, o opioide resultou em sonolência com pouca alteração nos escores de dor. Os opioides atravessam a placenta, o que pode se manifestar in utero por diminuição da variabilidade da frequência cardíaca fetal e no neonato por depressão respiratória e alterações neurocomportamentais.

Uma revisão sistemática (Smith et al. 2018)⁵³ constatou que os opioides parenterais (intramuscular [IM] ou intravenoso [IV], incluindo analgesia controlada pelo paciente) durante o trabalho de parto proporcionaram algum alívio da dor e satisfação moderada com analgesia, embora até dois terços das mulheres que receberam opioides relataram moderado ou dor intensa e/ou alívio fraco ou moderado da dor uma ou duas horas após a administração. Os opioides foram associados a náuseas maternas, vômitos e sonolência. A revisão não identificou o opioide parenteral ideal para o alívio da dor

durante o trabalho de parto e o parto, e a qualidade geral dos dados foi de baixa a muito baixa. Independente do opióide e sua via de administração (IM ou EV) o efeito analgésico é limitado. A petidina é o agente historicamente mais utilizado e muitos centros não disponibilizam outros tipos de opióides. Existem evidências limitadas que sugerem mais efetividade analgésica e menor interferência no desfecho neonatal com a diamorfina e o remifentanil. Como os estudos avaliam uma miscelânea de agentes, vias e regimes de infusão, não foi possível um agrupamento das evidências que apontem para uma dose e regime ideal, principalmente visando menor interferência neonatal e na amamentação.

Os opióides são menos efetivos do que a analgesia neuraxial no alívio da dor, mas podem ser alternativas pelo custo mais baixo e maior disponibilidade, com atenção aos efeitos maternos e fetais. Os opióides oferecem alívio limitado da dor e apresentam efeitos colaterais significativos para mãe (náuseas, sonolência e tontura) e para a criança (depressão respiratória ao nascer e sonolência que pode durar vários dias), além de interferir negativamente na amamentação.

A administração de opioides próximo ao parto deve ser considerada com muito cuidado, pois é preferível evitar a sedação da parturiente no período expulsivo, e os efeitos fetais podem ser prolongados se os opioides forem administrados próximo ao parto

Ambas as opções farmacológicas comumente usadas para alívio da dor durante o trabalho de parto, a epidural e os analgésicos opioides, têm vantagens e desvantagens. Há preferência pelo uso de analgesia neuraxial para parturientes que desejam abordagem farmacológica para o alívio da dor do parto, devido à analgesia ideal e efeitos colaterais mínimos, para a parturiente e o feto. Para evitar complicações e preservar o máximo possível da função motora, a menor concentração efetiva possível de anestésico local deve ser usada ao administrar analgesia peridural.

Recomendações

- O bloqueio de nervo pudendo pode ser utilizado para aliviar a dor da distensão perineal e como complemento à analgesia peridural.
- O bloqueio paracervical não é recomendado.
- A solicitação materna por analgesia de parto é motivo suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação, inclusive para a analgesia epidural, salvo contraindicação médica e após esgotados os métodos não farmacológicos disponíveis.

- A analgesia epidural ou os opióides parenterais, como fentanil, dimorfina e petidina, são recomendados para mulheres saudáveis que requerem alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, de acordo com as preferências da mulher.
- A analgesia farmacológica, de qualquer tipo, é restrita ao ambiente hospitalar.

8. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS NO TERMO

Introdução

A ruptura prematura de membranas (RPM) é definida como a saída espontânea de líquido amniótico pela vagina, após a perda da integridade das membranas ovulares, na ausência de sinais de trabalho de parto, em gestações acima de 20 a 22 semanas. Ocorre em aproximadamente 10% de todas as gestações, e 80% desses casos ocorrem no termo.

Muitas são as complicações que podem ocorrer em decorrência da RPM. A principal delas é a infecção da cavidade amniótica, comprometendo tanto mãe quanto feto em diferentes intensidades. Aparecem ainda como fatores complicadores da RPM o descolamento prematuro da placenta (2% a 5%) e o prolapso de cordão (11%).

Na grande maioria das vezes (85%), o diagnóstico é fundamentalmente clínico. O exame físico costuma confirmar o diagnóstico; a palpação obstétrica pode revelar sensação de pouco líquido, e deve-se buscar a visualização direta do líquido amniótico saindo pelo orifício externo do colo uterino no exame especular. Nos casos de dúvida diagnóstica, podemos nos socorrer de alguns exames do conteúdo cervicovaginal.

Todas parturientes devem ser, inicialmente, internadas, avaliadas clinicamente (pulso, temperatura, pressão arterial, tônus uterino, presença de fisometria) e laboratorialmente. A conduta obstétrica baseia-se, fundamentalmente, na idade gestacional, sofrendo influência, também, das condições assistenciais do local de atendimento. Muito importante destacar, portanto, que a datação da idade gestacional seja precisa.

Em 60% dos casos de RPM no termo, o trabalho de parto iniciará espontaneamente em 24 horas. Entretanto, a conduta conservadora, que consiste em aguardar o início espontâneo do trabalho de parto, implica em maior taxa de infecção materna e neonatal e maior tempo de duração do trabalho de parto. A indução do trabalho de parto após a RPM em menos de 6 horas, utilizando ocitocina intravenosa, foi significativamente associada a menor uso de agentes antibióticos, menor latência para o parto, menor incidência de anormalidades na CTG e menor tempo de internação do que a indução do trabalho de parto mais de 6 horas após a ruptura de membranas (Bellussi et al. 2021)⁵⁴. Por isto recomenda-se que a gestante com RPM no termo seja internada para a resolução da gestação, com conduta ativa para desencadeamento do trabalho de parto (Brasil 2022)⁵⁵.

O intervalo de 12 horas sem início do trabalho de parto espontâneo após a ruptura de membranas pode ser um limite para diferenciar uma condição fisiológica de uma situação potencialmente insegura que justifique a profilaxia antibiótica. A conduta expectante ou a indução do parto são propostas em alguns protocolos (Sénat et al. 2022)⁵⁶, mas a decisão deve considerar a vontade da mulher e a organização da maternidade local.

Revisão da literatura

Uma revisão sistemática foi realizada para avaliar (Saccone & Berghella 2015)⁵⁷ a eficácia da profilaxia antibiótica em mulheres com RPM no termo ou quase termo. Foram incluídos ensaios randomizados de gestações únicas com RPM com 36 semanas ou mais, que foram randomizados para antibiótico profilaxia ou controle (placebo ou nenhum tratamento). Os desfechos primários incluíram corioamnionite materna e sepse neonatal. As mulheres que receberam antibióticos tiveram a mesma taxa de corioamnionite (2,7% vs 3,7%; risco relativo [RR], 0,73, IC 95%, 0,48-1,12), endometrite (0,4% vs 0,9%; RR 0,44, IC 95%, 0,18-1,10), infecção materna (3,1% vs 4,6%; RR 0,48, IC 95% 0,19-1,21) e sepse neonatal (1,0% vs 1,4%; RR 0,69, IC 95%, 0,34-1,39). Na análise de subgrupo planejada, mulheres com latência superior a 12 horas, que receberam antibióticos, tiveram uma taxa menor de corioamnionite (2,9% vs 6,1%; RR 0,49, IC 95% 0,27-0,91) e endometrite (0% vs 2,2%; RR 0,12, IC 95%, 0,02-0,62) em comparação com o grupo controle. Os autores concluem que a profilaxia antibiótica para RPM no termo ou quase termo em mulheres com latência superior a 12 horas está associada a taxas significativamente mais baixas de corioamnionite em 51% e de endometrite em 88%.

A incidência de corioamnionite foi avaliada em revisão sistemática (Bellussi et al. 2021)⁵⁸ que incluiu mulheres com RPM em gestação única, com ≥ 36 semanas, induzida com ocitocina dentro ou após 12 horas da ruptura. O desfecho primário foi a incidência de corioamnionite. Foram analisados 9 ensaios clínicos randomizados incluindo 3.759 mulheres. A indução do parto ≤ 12 horas após a RPM apresentam menor intervalo de tempo entre a RPM e o parto (-12,68 horas; IC 95%, -16,15 a -9,21) e maior chance de parto dentro de 24 horas após a RPM (91% vs 46%; RR 1,93; IC 95%, 1,59-2,35). A indução do trabalho de parto ≤ 12 horas após a RPM também foi associada a incidências significativamente menores de corioamnionite (5,3% vs 9,9%; RR 0,62; intervalo de confiança de 95%, 0,40-0,97), endometrite (2,4% vs 4,2%; risco relativo, 0,59; IC 95%, 0,40-0,87), sepse neonatal (6,1% vs 11,8%; RR 0,46; IC 95%, 0,27-0,79) e internação em unidade de terapia intensiva neonatal (6,4% vs 12,0%; RR 0,54; IC 95%, 0,43-0,69) em comparação com mulheres tratadas com conduta expectante. A análise de subgrupo de 3.323 mulheres com indução do parto em ≤ 6 horas mostrou resultados semelhantes, com redução na ocorrência de corioamnionite, endometrite, sepse neonatal e

internação em unidade de terapia intensiva neonatal. Os autores concluem que mulheres com RPM com ≥ 36 semanas devem ser avaliadas imediatamente e, se confirmada, devem ser submetidas à indução do parto dentro de 12 horas e talvez até 6 horas. Justificam que a conduta está associada a significativamente menor morbidade, principalmente em termos de infecções, tanto para a mãe quanto para o bebê, sem evidências de prejuízos.

Uma análise secundária (Melamed et al. 2022)⁵⁹ foi realizada nos dados do ensaio TERMPROM (Hannah et al. 1996)⁶⁰, um ensaio clínico internacional, multicêntrico e randomizado sobre parto imediato versus conduta expectante de mulheres com RPM no termo. Para cada intervalo de tempo de 1 hora dentro das primeiras 36 horas após a RPM, foram comparados os resultados das mulheres com indução do trabalho de parto durante esse período de tempo com aquelas com conduta expectante no mesmo período. O desfecho neonatal primário foi um composto de infecção neonatal e internação na unidade de terapia intensiva neonatal. Os desfechos maternos primários incluíram infecção materna (corioamnionite clínica ou febre pós-parto) e cesariana. Foram comparadas 2.622 submetidas à indução do parto com 2.120 que tiveram início espontâneo do trabalho de parto. As taxas de desfecho composto neonatal, internação em unidade de terapia intensiva neonatal e infecção materna aumentaram progressivamente com o tempo após a RPM. O risco para esses desfechos foi menor entre as mulheres submetidas à indução, quando comparadas àquelas com conduta expectante nas primeiras 15 a 20 horas após a RPM, sem afetar o risco de cesariana. Entre as mulheres com conduta expectante, 64% apresentaram início espontâneo do trabalho de parto nas primeiras 24 horas após a RPM. Esses achados sugerem que a indução imediata do parto parece ser a melhor estratégia de manejo para minimizar a morbidade neonatal e materna na RPM no termo. Nos casos em que a indução imediata não é viável, a indução do trabalho de parto continua sendo a opção preferida em relação ao manejo expectante.

Recomendações

- Para a gestante com RPM no termo é recomendada a hospitalização para a resolução da gestação, com conduta ativa para desencadeamento do trabalho de parto, considerando a vontade da mulher e a organização da maternidade local.
- A profilaxia antibiótica para RPM no termo é recomendada em mulheres com período de latência superior a 12 horas.

9. ELIMINAÇÃO DE MECÔNIO NO TRABALHO DE PARTO

Introdução

A eliminação de mecônio, imediatamente antes ou durante o trabalho de parto, sempre é vista com cautela por parte de médicos e enfermeiras. O principal temor é que este possa ser um sinal de hipoxia fetal.

O mecônio pode ser eliminado no final da gestação por aumento do peristaltismo intestinal e relaxamento do esfíncter anal, devido a estresse do feto, tanto por hipoxia como por resposta inflamatória a infecções bacterianas. A associação de mecônio com sinais histológicos de corioamnionite e funisite indicam ser a eliminação de mecônio um bom marcador para a resposta inflamatória fetal. (Romero et al. 1991, Mazor et al. 1995, Rao et al. 2001)⁶¹⁻⁶³.

A eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, de forma isolada, não é indicação de cesariana, na ausência de outros sinais indicativos de hipoxia fetal, pois a cesárea não protege o feto da asfixia ao nascimento nem da ocorrência da síndrome de aspiração de mecônio no recém-nascido (Trapani Junior et al. 2018)⁶⁴.

Revisão da literatura

As taxas de líquido amniótico meconial variam dependendo da idade gestacional. Em estudo de aproximadamente 500.000 nascimentos de fetos únicos, a incidência de líquido amniótico meconial em recém-nascidos prematuros, a termo e pós-termo foi de 5,1, 16,5 e 27,1 por cento, respectivamente (Balchin et al. 2011)⁶⁵. A incidência relatada de MSAF em bebês nascidos a termo foi semelhante na Etiópia, com prevalência de 17,8% (Addisu et al. 2018)⁶⁶. Nesse estudo, pré-eclâmpsia, idade materna avançada, trabalho de parto obstruído, trabalho de parto induzido e maior duração do trabalho de parto foram fatores associados a risco aumentado de líquido amniótico meconial.

Um estudo de coorte retrospectivo (Levin et al. 2021)⁶⁷ de mulheres com gestações únicas submetidas a indução do parto com líquido amniótico meconial durante 2011-2020 comparou os partos com resultados neonatais adversos com os partos sem esse desfecho. Ao todo, 11.329 partos foram incluídos e 376 (3,3%) neonatos foram diagnosticados com desfechos adversos. A regressão multivariada verificou os seguintes fatores independentes associados ao resultado neonatal adverso composto: diabetes pré-gestacional (OR 3,21, IC 95% 1,09-9,43, P = 0,031), polidrâmnio (OR 2,14, IC 95% 1,33-3,44, P = 0,002), febre (OR 2,52, IC 95% 1,67-3,80, P < 0,001) e amnioinfusão

(OR 1,73, IC 95% 1,24-2,2438, P = 0,003). Os autores sugerem que atenção especial deve ser dada no parto com líquido amniótico meconial e com qualquer um dos fatores detectados.

Em estudo de coorte retrospectivo (Rodríguez Fernández et al. 2018)⁶⁸ de partos de feto único ocorridos durante um período de um ano (2015) em um hospital terciário, foram comparados casos de diferentes graus de líquido amniótico meconial (amarelo, verde e espesso) com os de líquido amniótico claro. Em cada grupo foram analisadas variáveis intraparto e neonatais, bem como resultados de gasometria do cordão umbilical. Dos 3.590 partos incluídos, 503 (14%) tiveram líquido amniótico meconial. A incidência aumentou com a idade gestacional no parto, atingindo 20,7% nas gestações acima de 41 semanas em comparação com 4,3% abaixo de 37 semanas. À medida que a coloração do líquido amniótico progride, foi verificada maior proporção de febre no intraparto ($p < 0,001$), de padrões patológicos de frequência cardíaca fetal ($p < 0,05$), de partos vaginais operatórios e cesáreas ($p < 0,001$), bem como maior necessidade de reanimação neonatal ($p < 0,001$). Também houve correlação entre o mecônio no líquido amniótico e baixos escores de Apgar no quinto minuto ($p < 0,001$) e maior mortalidade perinatal ($p < 0,001$). No entanto, não houve maior proporção de internações neonatais em terapia intensiva ($p > 0,05$). Observamos distribuição semelhante das variações de pH da artéria umbilical em todos os grupos ($p > 0,05$).

Em um hospital terciário foi analisada uma coorte retrospectiva (Hirsch et al. 2016)⁶⁹ de mulheres em trabalho de parto de gestações com 37 a 41 (+6) semanas, ocorridos no período de 2007 a 2013. O resultado da gravidez na presença de líquido amniótico meconial (N = 4.893) foi comparado com um grupo controle de gestações com líquido amniótico claro (N = 39.651). Em comparação com os controles, as mulheres com líquido amniótico meconial tiveram taxas mais altas de nuliparidade, idade gestacional no parto ≥ 41 semanas, indução do parto, padrões suspeitos da frequência cardíaca fetal e partos cirúrgicos. Na análise multivariada, o líquido amniótico meconial foi fator associado ao parto cirúrgico (OR 1,82; IC 95% 1,63-2,09; $p < 0,001$), à cesariana (OR 1,48; IC 95% 1,31-1,69; $p < 0,001$) e a maior morbidade respiratória neonatal (OR 4,74; IC 95% 3,87-5,82; $p < 0,001$). Os autores concluem que o líquido amniótico meconial está associado a uma maior taxa de resultados perinatais adversos, mesmo em gestações de risco habitual a termo.

Um estudo de coorte retrospectivo (Adnan et al. 2022)⁷⁰ procurou determinar se a presença de líquido amniótico meconial por si só, ou em combinação com anormalidades na frequência cardíaca fetal (FCF) (categoria II e III) está associada a resultados neonatais adversos em recém-nascidos a termo. De 5.512 partos, 210 casos apresentavam líquido amniótico meconial e 210 controles pareados foram

identificados. Casos e controles foram semelhantes na maioria das características maternas. A FCF anormal esteve presente em 43,2% dos casos em comparação com 17,6% dos controles ($p < 0,001$). Baixos escores de Apgar (< 7) de primeiro e quinto minutos foram mais comuns no grupo com líquido amniótico meconial ($p = 0,03$ e $0,007$, respectivamente). A taxa de internação em unidade de terapia intensiva neonatal também foi maior no grupo líquido amniótico meconial ($p = 0,002$). Neonatos nascidos com líquido amniótico meconial mostraram-se mais propensos a ter traçados das FCF anormal e necessitaram de reanimação no nascimento. No entanto, após o ajuste para fatores de confusão, FCF anormal e escores de Apgar de primeiro minuto foram as únicas variáveis preditivas de necessidade de ressuscitação no nascimento.

Foi realizado estudo de coorte histórica em um centro terciário em Israel, entre os anos de 2011 e 2018 (Shai et al. 2022)⁷¹ com objetivo de investigar os dados do parto e resultados e neonatais de acordo com a presença de líquido amniótico meconial e o momento da eliminação do mecônio. Foram constituídos dois grupos de acordo com o momento da eliminação do mecônio: líquido amniótico meconial primário detectado na ruptura da membrana e secundário, nos casos em que o líquido amniótico era claro e transitou para meconial durante o trabalho de parto. Foram incluídos 56.863 nascimentos únicos a termo, sendo 9.043 (15,9%) de mulheres com líquido amniótico meconial primário e 1.484 (2,6%) para aquelas com líquido amniótico meconial secundário. O líquido amniótico meconial secundário, em comparação com o primário, aumentou os riscos de cesariana e parto vaginal operatório, aumentou os riscos de baixos escores de Apgar de primeiro e quinto minutos, e baixo pH no sangue de artéria umbilical, além de aumentar a duração da internação. A análise multivariada revelou que o líquido amniótico meconial secundário foi independentemente associado a risco aumentado de resultado neonatal adverso composto (OR 1,68, IC 95% 1,25-2,24, $p < 0,001$) em comparação com o primário. Nessa amostra, o líquido amniótico meconial secundário foi associado a mais resultados neonatais adversos e o monitoramento do bem-estar fetal mais frequente pode ser prudente nesses casos.

Em relação aos benefícios clínicos da utilização de sistemas de gradação e classificação de mecônio as evidências não fornecem informações que pudessem ser traduzidas de forma confiável para prática clínica diária. (Devane et al. 2017, Locatelli et al. 2005)^{72,73}

Recomendações

- Devido à grande variação intra e interobservador, não há evidências de que a classificação em gradação do líquido meconial tenha utilidade clínica.
- A monitoração eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, se disponível, deve ser utilizada para detecção da hipoxia fetal diante da eliminação de

mecônio durante o trabalho de parto. Na indisponibilidade da monitoração eletrônica contínua, a ausculta fetal intermitente e qualificada, antes durante e após as contrações, seguindo técnicas padronizadas, pode ser utilizada.

- A eliminação de mecônio durante o trabalho de parto, de forma isolada, não é indicação de cesariana.
- Se houver eliminação significativa de mecônio deve ser assegurado, à parturiente, cuidados em ambiente hospitalar, disponibilizando-se profissionais treinados em suporte avançado de vida neonatal para assistência no momento do parto.

10. ASSISTÊNCIA AO PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO

A assistência qualificada durante o trabalho de parto é fundamental para que os melhores resultados sejam alcançados para a mãe e para a criança, tanto do ponto de vista físico como emocional. Para se atingir tais objetivos é necessário que as atitudes, medidas e intervenções adotadas pelos profissionais de assistência sejam baseadas nas melhores evidências disponíveis.

| 10.1 Definições das fases latente e ativa do trabalho de parto

Introdução

O diagnóstico do início do trabalho de parto tem sido descrito como um dos mais importantes na assistência ao parto. Há evidências convincentes de que as durações das fases latente e ativa do trabalho de parto são clinicamente importantes e requerem abordagens específicas.

Na prática clínica, é importante definir os limites que distinguem o que é normal do que é anormal para permitir que as mulheres e os profissionais de saúde tenham uma compreensão do que esperar e quando as intervenções no trabalho de parto são justificadas.

Revisão da Literatura

Uma revisão sistemática (Hanley et al. 2016)⁷⁴ da literatura foi realizada para examinar as definições de início do trabalho de parto e a base de evidências fornecida para essas definições. Foram incluídos 62 estudos em inglês, francês e alemão, publicados entre janeiro de 1978 e março de 2014, definindo o início do trabalho de parto latente e/ou ativo em uma população de mulheres saudáveis com partos a termo. O início do trabalho de parto foi mais comumente definido pela presença de contrações dolorosas regulares (71% dos estudos) e/ou alguma medida de dilatação cervical (68% dos estudos). No entanto, houve discrepância considerável sobre o que constituía o início do trabalho de parto. A maioria dos estudos não forneceu suporte suficiente para a escolha da definição de início do trabalho de parto. Há pouco consenso sobre as definições de início do trabalho de parto na literatura e, para evitar erros de diagnóstico, é desejável uma definição consistente e mensurável do início do trabalho de parto, para cada fase.

Em revisão sistemática (Oladapo et al. 2018)⁷⁵ foram sintetizados os dados disponíveis sobre os padrões de dilatação cervical durante o trabalho de parto espontâneo de mulheres de risco habitual com resultados perinatais normais. Sete estudos observacionais que descrevem padrões de parto para 99.971 mulheres preencheram os critérios de inclusão. Foi verificado que o tempo médio para avançar 1 cm em mulheres nulíparas foi superior a 1 hora até atingir uma dilatação de 5 cm, com progresso acentuadamente rápido após 6 cm. Padrões semelhantes de progressão do trabalho de parto foram observados em mulheres multíparas. Não raramente algumas mulheres atingiram 10 cm apesar de taxas de dilatação muito mais lentas do que o limiar de 1 cm/hora, durante a maior parte do primeiro estágio do trabalho de parto. A revisão conclui que a expectativa de limiar mínimo de dilatação cervical de 1 cm/hora durante o primeiro estágio do trabalho de parto é irreal para a maioria das mulheres nulíparas e multíparas saudáveis.

Não há evidências para apoiar qualquer definição particular de fase latente nos resultados do parto. No entanto, o início da fase ativa, definida pelo limiar de dilatação cervical de pelo menos 5 cm, é recomendado pela OMS (WHO, 2018)¹ com base na revisão que incluiu mulheres com trabalho de parto espontâneo e resultados perinatais normais. (Oladapo et al. 2015)⁷⁵

Recomendações

É recomendado o uso das seguintes definições das fases latente e ativa do primeiro período do parto (período de dilatação), para a prática:

- A fase latente do primeiro período do parto é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação de até 5 cm, para nulíparas e multíparas.
- A fase ativa do primeiro período do parto é caracterizada por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa para nulíparas e multíparas.

| 10.2 Duração do primeiro período do parto

Introdução

A duração do primeiro período do parto - período de dilatação - é altamente variável e depende do processo fisiológico individual e das características da gravidez. Os

profissionais de saúde devem apoiar as parturientes em trabalho de parto espontâneo, respeitando o processo reprodutivo natural de cada mulher, sem intervenções para acelerar o trabalho de parto, desde que as condições da mãe e do bebê estejam dentro dos padrões normais, com progressão da dilatação cervical e duração dentro dos limites esperados.

A duração mediana da fase ativa do primeiro período do parto é de 4 horas nas nulíparas e de 3 horas nas múltiparas, quando é utilizada a referência de 5 cm de dilatação cervical. A decisão de intervir, quando o primeiro período parece prolongado, não deve ser tomada com base apenas na sua duração.

Os profissionais de saúde devem aconselhar as mulheres grávidas saudáveis de risco habitual que a duração do trabalho de parto é altamente variável e depende do seu processo fisiológico individual e das características de cada gravidez.

Revisão da Literatura

Para sintetizar as evidências disponíveis, foi realizada revisão (Abalos et al. 2018)⁷⁶ sobre a duração do primeiro estágio, fases latente e ativa, no trabalho de parto espontâneo de mulheres com risco habitual. Foram analisados 37 estudos que relataram a duração do primeiro estágio, com total de 208.000 mulheres que preencheram os critérios de inclusão. Entre as nulíparas, a duração mediana da fase ativa com referência inicial de 4 cm de dilatação cervical, variou de 3,7-5,9 h (95º percentis: 14,5-16,7 h). Com fase ativa a partir de 5 cm, a duração mediana foi de 3,8-4,3 h (95º percentis: 11,3-12,7 h). A duração do trabalho de parto espontâneo em mulheres com bons resultados perinatais foi variável. Algumas mulheres podem experimentar o trabalho de parto por mais tempo do que o esperado e ainda ter um parto vaginal sem resultados perinatais adversos. Os achados questionam a aplicação de limites rígidos na prática clínica para avaliação de primeiro estágio prolongado que justifiquem intervenção obstétrica.

Nulíparas

Fase latente: dois estudos, Peisner & Rosen (1985)⁷⁷ e Ijaiya et al. (2009)⁷⁸, ambos com baixa qualidade de evidência, relataram duração média da fase latente de 6,0 a 7,5 horas. Um deles considerou a fase latente desde o início das contrações regulares até que a inclinação da progressão da dilatação fosse superior a 1,2 cm/hora, enquanto o outro definiu a fase latente como o período até a admissão hospitalar. Outros dois estudos, de Velasco et al. (1985)⁷⁹ e Juntunen & Kirkinen (1994)⁸⁰, também com baixa

qualidade de evidência, relatam limites máximos estimados de 10,3 e 11,5 horas, respectivamente.

Fase ativa: Estudos com moderada qualidade de evidência demonstram que, considerando 4 cm de dilatação como ponto de referência para o início, a duração mediana foi de 3,7 a 5,9 horas (p95 de 14,5 a 16,7h); e, quando a referência de início foi de 5cm, a duração mediana foi de 3,8 a 4,3 horas (p95 de 11,3 a 12,7h). (Zhang et al. 2010^a, Zhang et al. 2010^b, Oladapo et al. 2018)⁸¹⁻⁸³

Revisão sistemática de Neal et al. (2010)⁸⁴ descreve a duração do trabalho de parto e as taxas de dilatação cervical entre mulheres nulíparas de risco habitual com início espontâneo do trabalho de parto. Dezoito estudos foram incluídos (n=7.009) e a fase ativa compreendeu de 3 a 5 cm até a dilatação completa. Foi relatada duração média ponderada da fase ativa de 6,0 horas e taxa de dilatação de 1,2 cm/h. Nos limites estatísticos, a duração ponderada da fase ativa foi de 13,4 horas (média + 2 desvios padrão) e a taxa de dilatação foi de 0,6 cm/h (média - 2 desvios padrão). Esses achados indicam que mulheres nulíparas com início de trabalho de parto espontâneo têm duração de fase ativa mais prolongada e menor taxas de dilatação do que é observado tradicionalmente.

Com o objetivo de analisar a controvérsia que envolve a definição de trabalho de parto "normal" e "anormal", foram analisados dados de grande população obstétrica (2011-2016) com base em informações detalhadas de registros médicos eletrônicos de partos com feto único e vivo, a termo (≥ 37 semanas de gestação). Ao todo, foram incluídos 35.146 partos, dos quais 15.948 partos (45,3%) foram em nulíparas. Para as nulíparas, a duração mediana do primeiro período do parto foi de 274 minutos (percentil 95, 747,5 minutos). Da mesma forma, para mulheres múltiparas, a duração correspondente foi de 133 minutos (intervalo interquartil, 56-244 minutos; percentil 95, 494 minutos) (Ashwal et al. 2020)⁸⁵.

Múltiparas

Fase latente: Dois estudos Peisner & Rosen (1985)⁷⁷ e Ijaiya et al. (2009)⁷⁸, ambos com qualidade de evidência baixa, relatam mediana da duração da fase latente de 4,5 e 5,5 horas, respectivamente, sem distribuição por percentil. Outros dois estudos, de Velasco et al. (1985)⁷⁹ e Juntunen & Kirkinen (1994)⁸⁰, também com baixa qualidade de evidência, relatam limites máximos estimados de 8,7 e 5,4 horas, respectivamente.

Fase ativa: dois estudos (Zhang et al. 2010^a e Oladapo et al. 2018)^{81,83} com qualidade de evidência moderada sugerem que a duração mediana da fase ativa para mulheres com paridade de 1 ou mais, com início definido como 4 cm, variou de 2,2 a 4,7 horas, com

variação de 13,0 a 14,2 horas para o p95. Um estudo (Oladapo et al. 2018)⁸³ apresentou dados separadamente para mulheres com paridade de 1 e paridade de mais de 1, com pontos de referência para fase ativa a partir de 5 cm, e relatou durações medianas de 3,4 e 3,1 horas e limiares do p95 de 10,1 e 10,8 horas, respectivamente.

No estudo de Ashwal et al. (2020)⁸⁵, nulíparas e múltíparas parecem progredir em um ritmo semelhante durante a fase latente do primeiro período do parto; no entanto, após 5 cm, o trabalho de parto acelera mais rapidamente em múltíparas. A anestesia epidural prolonga a duração do primeiro e segundo períodos do parto, em todas as paridades. A taxa de dilatação cervical é relativamente constante entre as nulíparas e múltíparas na fase latente. O intervalo de tempo do primeiro período foi muito mais lento do que o descrito anteriormente, possibilitando que o trabalho de parto continuasse por um período mais longo durante esse estágio. Essas informações podem reduzir a taxa de intervenções iatrogênicas intraparto.

Um estudo de coorte prospectivo multicêntrico baseado em instalações foi realizado na Nigéria e na Uganda para avaliar a precisão da linha de alerta do partograma da OMS e outros preditores de desfechos adversos no parto. Um total de 9.995 mulheres com trabalho de parto espontâneo e dilatação cervical ≤ 6 cm ou submetidas à indução do parto foram incluídas. A taxa de desfechos adversos graves no parto foi de 2,2%, a taxa de condução do trabalho de parto foi de 35,1% e a taxa de cesariana foi de 13,2%. Quarenta e nove por cento das mulheres em trabalho de parto cruzaram a linha de alerta. Os achados sugerem que o trabalho de parto é um fenômeno extremamente variável, e a avaliação da dilatação cervical ao longo do tempo é um mau preditor de desfechos adversos graves no parto (Souza et al. 2018)⁸⁶.

Portanto, os limites a serem adotados para caracterizar o trabalho de parto prolongado devem considerar a grande variação individual do processo de parturição. Ressalta-se que devem ser providos recursos humanos e materiais para a adoção de limites maiores para caracterizar a duração do trabalho de parto em gestantes de risco habitual, conforme recomendado pela OMS (WHO 2018)¹ e sintetizado no quadro 1.

Quadro 1 - Principais recursos necessários para a adoção dos limites superiores de duração do trabalho de parto

Recurso	Descrição
Treinamento	Treinamento baseado na prática para profissionais de saúde
Suprimentos	Manuais de treinamento revisados e protocolos clínicos para profissionais de saúde e para treinamento Materiais educativos para mulheres sobre o que se entende por trabalho de parto “normal”, em termos de sua duração, e quando o parto deve ser esperado Partograma de papel revisado
Infraestrutura	Camas suficientes nos setores de parto para apoiar mulheres com duração do trabalho de parto por tempo maior do que o esperado
Supervisão e monitoramento	Supervisão e monitoramento contínuos, com auditoria regular e revisão dos resultados relacionados com a extensão dos limites superiores para diagnosticar trabalho de parto prolongado, quando as condições fetais e maternas estão dentro dos limites da normalidade.

Fonte: adaptado de WHO, 2018¹, p. 43.

Recomendações

- As mulheres devem ser informadas de que a duração padrão da fase latente do primeiro período do parto (fase de dilatação) não é estabelecida e pode variar amplamente de mulher para mulher.
- As mulheres devem ser informadas de que a duração da fase ativa do primeiro período do parto (fase de dilatação) de 5 cm até a dilatação cervical total, geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e, geralmente, não se estende além de 10 horas nas múltiparas.

| 10.3 Políticas na admissão para o parto

Introdução

A maioria das mulheres deseja uma experiência positiva no parto. (WHO, 2018)¹ O momento da admissão no trabalho de parto pode influenciar essas experiências, principalmente quando a admissão é precoce e expõe a mulher a procedimentos. Os

resultados de uma revisão qualitativa sobre o que é importante para as mulheres durante os cuidados no intraparto (Downe et al. 2018)⁸⁷ indicam que a maioria das mulheres, especialmente aquelas que dão à luz pela primeira vez, fica apreensiva com o parto e com intervenções específicas. A revisão mostrou também que, embora a maioria das mulheres deseje um parto normal, elas entendem que a intervenção médica às vezes é necessária para facilitar o nascimento de um bebê saudável.

Não existe consenso sobre o momento ideal para internação da parturiente, após o diagnóstico do trabalho de parto. Entretanto, a conduta mais aceita é admissão da mulher no início da fase ativa da dilatação para instituir condutas que visam melhorar a qualidade de vida da mulher e reduzir riscos. (Febrasgo, 2021)² A paciente que procura a maternidade na fase latente deve ser acolhida, receber informações acerca da sua condição, e, caso sua preferência seja aguardar o trabalho de parto ativo em casa, deve ser orientada quanto aos sinais de alerta, desde que mantenha risco habitual, boa vitalidade fetal e lide bem com a dor.

A depilação genital na admissão para o parto não previne infecções maternas no período periparto (WHO 2015)⁸⁸. Isso se aplica a todas as depilações ao redor da área genital externa feminina no contexto do parto vaginal. Não se aplica a mulheres em preparação para cesariana. A decisão sobre a depilação perineal ou púbica deve ser deixada para a mulher e não para o profissional de saúde. Em situações em que uma mulher opte por fazer a depilação perineal/púbica antes do parto, ela deve ser aconselhada a fazer a depilação onde e por quem ela se sentir mais confortável (por exemplo, em casa, pouco antes da hora do trabalho de parto e parto).

Da mesma forma, o uso rotineiro de enema não é recomendado na admissão para o parto, pois não demonstrou reduzir a duração do trabalho de parto nem conferir quaisquer outros benefícios clínicos. É considerado procedimento invasivo e desconfortável para as mulheres. (WHO 2018)¹

Na admissão para o parto, a assistência prestada pode envolver avaliações maternas e fetais. A pelvimetria clínica é a avaliação da adequação da forma e tamanho da bacia óssea para o parto vaginal, por meio do exame pélvico interno. Esse procedimento não deve ser confundido com o exame pélvico padrão, necessário para o diagnóstico clínico da cervicodilatação, bolsa das águas, apresentação, altura da apresentação e variedade de posição. Não há evidências científicas suficientes para subsidiar a prática rotineira desse procedimento.

Quanto à avaliação fetal na admissão para o parto, as evidências mostram que a cardiocotografia (CTG) provavelmente aumenta o risco de cesariana sem melhorar os resultados do parto. (WHO 2018)¹ Além disso, aumenta a probabilidade de outras

intervenções, incluindo o uso contínuo da CTG, o que pode impactar negativamente a experiência do parto. Aumenta também a coleta de sangue fetal para análise do pH, mas esse procedimento é muito raramente executado no Brasil.

Também não há evidências para apoiar a CTG na admissão para o parto para prevenção de processos judiciais (WHO 2018)¹, pois os profissionais de saúde estarão mais protegidos contra litígios mantendo boas anotações no prontuário da paciente, indicando claramente os achados da ausculta fetal, do que confiando nos traçados de CTG admissional para defesa da prática clínica.

Todos profissionais de saúde que prestam cuidados à parturiente devem estar cientes de que a avaliação da condição fetal na admissão e durante o trabalho de parto, deve ser efetuada regularmente por meio da ausculta da frequência cardíaca fetal. Esse procedimento é essencial para a qualidade da assistência prestada. Na fase ativa do parto, a ausculta da FCF geralmente é realizada a cada 15 a 30 minutos, enquanto no segundo estágio geralmente é realizada a cada 5 minutos.

Revisão da Literatura

A evidência sobre o momento de admissão para o parto foi derivada de uma revisão sistemática da Cochrane que incluiu grávidas de risco habitual no início do trabalho de parto (Kobayashi et al.2017)⁸⁹. Foi identificado um estudo com 209 mulheres (McNiven et al.1998)⁹⁰ que comparou a avaliação e orientação precoce do trabalho de parto com a internação direta no hospital. As gestantes assistidas precocemente no trabalho de parto foram avaliadas e, se constatadas em falso trabalho de parto ou na fase latente, foram encorajadas a irem para casa ou caminhar antes da admissão. As do grupo de internação direta foram admitidas na unidade de parto. A duração do trabalho de parto desde a admissão hospitalar foi menor para o grupo de avaliação precoce (diferença média -5,20 horas, IC 95% -7,06 a -3,34; evidência de baixa qualidade). As mulheres no grupo de avaliação precoce eram ligeiramente menos propensas a receber anestesia peridural (RR 0,87, 95% CI 0,78 a 0,98, evidência de baixa qualidade) e consideravelmente menos propensas a receber ocitocina para aumento do trabalho de parto (RR 0,57, 95% CI 0,37 a 0,86) e esse grupo também teve maior satisfação com seus cuidados em comparação com as mulheres no grupo de admissão imediata (MD 16,00, IC 95% 7,53 a 24,47). A morbidade materna grave não foi relatada. As evidências sobre a eficácia da avaliação precoce do trabalho de parto versus admissão imediata foram muito limitadas e demandam estudos futuros.

Adiar a internação para o parto não significa adiar a admissão em áreas de espera da maternidade, onde as mulheres na fase latente do trabalho de parto possam aguardar

o trabalho a fase ativa. Adiar a admissão também não significa atraso no primeiro contato com um profissional de saúde ou retardar a assistência. Uma avaliação materna e fetal abrangente, por um profissional de saúde, quando a parturiente procura uma unidade de saúde, é essencial para garantir que complicações não diagnosticadas ou em desenvolvimento sejam excluídas.

Para avaliar os efeitos da pelvimetria realizada no período anteparto ou intraparto, foi realizada revisão sistemática (Pattinson et al. 2017)⁹¹ focada exclusivamente em gestantes com fetos em apresentação cefálica. Cinco estudos com um total de 1.159 mulheres foram incluídos e todos usaram a pelvimetria por meio de raios X em comparação com nenhuma pelvimetria ou pelvimetria clínica. Existe um alto risco geral de viés de desempenho devido à falta de mascaramento ou alto risco de viés de seleção. As mulheres submetidas à pelvimetria de raios-X eram mais propensas a ter uma cesariana (OR 1,34, IC 95% 1,19 a 1,52; 1.159 mulheres; 5 estudos; evidência de baixa qualidade). Não houve diferenças claras entre os grupos para os seguintes resultados perinatais: mortalidade perinatal (OR 0,53, IC 95% 0,19 a 1,45; 1.159 bebês; 5 estudos; evidência de qualidade muito baixa), asfixia perinatal (OR 0,66, IC 95% 0,39 a 1,10; 305 bebês; 1 estudo) e admissão em UTI neonatal (OR 0,20, IC 95% 0,01 a 4,13; 288 bebês; 1 estudo; evidência de qualidade muito baixa). Não foram encontradas evidências suficientes para apoiar o uso da pelvimetria de raios-X para decidir sobre o tipo de parto em gestantes com apresentação cefálica. Pesquisas adicionais devem ser direcionadas para definir se existem situações clínicas específicas que justifiquem a pelvimetria. Com base nos resultados dessa revisão, a OMS (WHO 2018)¹ estabelece que é improvável que as mulheres apreciem uma intervenção que aumente a chance de cesariana sem melhorar os resultados do parto.

Não há evidências claras que subsidiem a precisão diagnóstica da pelvimetria clínica na assistência ao parto (WHO 2018)¹. No entanto, alguns estudos observacionais utilizando a pelvimetria externa (Liselele et al. 2000, Rozenholc et al. 2007)^{92,93} sugerem que esse procedimento pode ajudar a prever a desproporção cefalopélvica em nulíparas, em locais com poucos recursos, com acesso limitado à cesariana e necessidade de transferência para uma unidade de maior complexidade.

A CTG admissional é um teste de triagem comumente usado que consiste em um registro curto (geralmente de 20 minutos) da FCF e da atividade uterina realizada na admissão para o parto. A evidência sobre essa avaliação foi derivada de uma revisão sistemática Cochrane (Devane et al. 2017)⁷² comparando CTG contínua versus ausculta intermitente para avaliação do bem-estar fetal durante o trabalho de parto. Pela análise do subgrupo de baixo risco foram incluídos quatro estudos conduzidos nos seguintes países: Austrália (989 mulheres), Irlanda (10.053 mulheres), Reino Unido (504

mulheres) e EUA (14.618 mulheres), que relataram partos entre 1978 e 1986. O método de ausculta intermitente variou entre para incluir auscultação com estetoscópio de Pinard e/ou ultrassom Doppler. Os dados foram consistentes em mostrar que mulheres alocadas para CTG admissional tem maior probabilidade de aumento na incidência de cesariana do que mulheres alocadas para ausculta intermitente (RR 1,20, IC 95% 1,00 a 1,44, 4 estudos, 11.338 mulheres, $I^2 = 0\%$, evidência de qualidade moderada). As mulheres alocadas para CTG admissional tiveram, em média, taxas mais altas de CTG contínua durante o trabalho de parto (RR 1,30, IC 95% 1,14 a 1,48, 3 ensaios, 10.753 mulheres, $I^2 = 79\%$, evidência de baixa qualidade) e coleta de sangue fetal (RR 1,28, IC 95% 1,13 a 1,45, 3 ensaios, 10.757 mulheres, $I^2 = 0\%$) do que mulheres alocadas para ausculta intermitente. Não houve diferenças entre os grupos em outras medidas de resultados secundários, incluindo: mortalidade perinatal (RR 1,01, IC 95% 0,30 a 3,47, 4 estudos, 11.339 bebês, $I^2 = 0\%$, evidência de qualidade moderada), incidência e gravidade da encefalopatia isquêmica hipóxica (RR 1,19, IC 95% 0,37 a 3,90; 2.367 lactentes; 1 estudo; evidência de qualidade muito baixa) e incidência de convulsões no período neonatal (RR 0,72, IC 95% 0,32 a 1,61; 8.056 bebês; 1 ensaio; evidência de baixa qualidade).

Recomendações

- Até que mais evidências estejam disponíveis, uma gestante que se apresenta às instalações de saúde em trabalho de parto deve ser admitida e apoiada adequadamente, mesmo no início do trabalho de parto, a menos que sua preferência seja aguardar o trabalho de parto ativo em casa.
- Para as mulheres admitidas durante a fase latente do primeiro período, as intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e o parto devem ser evitadas se o bem-estar materno e fetal estiver assegurado.
- Para as mulheres admitidas na fase latente e seus acompanhantes, salas limpas e confortáveis devem estar disponíveis, com espaço para caminharem e com fácil acesso a banheiros limpos, além de comida e água.
- Os planos de parto precisam ser individualizados de acordo com as necessidades e preferências da mulher.
- Todas as mulheres que se apresentam a uma unidade de saúde em trabalho de parto devem ser avaliadas clinicamente de acordo com a prática clínica recomendada, que inclui a realização de um exame de toque vaginal digital, mediante consentimento da mulher, para ser avaliada quanto ao trabalho de parto.

- A depilação perineal/púbica de rotina antes do parto vaginal não é recomendada.
- A administração de um enema na admissão para o parto não é recomendada.
- A pelvimetria clínica de rotina na admissão da parturiente não é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual.
- A cardiocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do parto de início espontâneo, em gestantes saudáveis de risco habitual.
- A ausculta pelo ultrassom Doppler ou com o estetoscópio de Pinard é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do trabalho de parto.

| 10.4 Cuidados e monitoração no primeiro período do parto

Introdução

As avaliações rotineiras para monitoração materna e fetal no primeiro período do parto dependem do contexto e do progresso do trabalho de parto.

Em relação à liberdade de movimentação comparada à restrição de movimentação no trabalho de parto em relação ao progresso do parto, conforto e bem-estar fetal, as evidências são limitadas. Não existem dados de alto nível comparando as diversas posições ou a mobilização em relação aos benefícios clínicos e danos nos desfechos maternos ou perinatais.

O monitoramento da FCF é desejável para detectar anormalidades que indiquem condição sugestiva de hipóxia fetal. Nas parturientes de risco habitual, o uso do estetoscópio de Pinard é a opção mais barata para a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF). No entanto, o Doppler é provavelmente mais fácil de usar e, portanto, pode ser mais viável em locais que disponibilizem o equipamento, desde que a manutenção do equipamento e fornecimento de baterias sejam garantidos. A ausculta intermitente da FCF durante o trabalho de parto é essencial para o cuidado no intraparto, independentemente do dispositivo utilizado. Deve haver adesão estrita aos protocolos clínicos para garantir o cuidado necessário, uma vez que é observado monitoramento inadequado em muitos locais que prestam assistência ao parto.

Exames vaginais de toque em intervalos menores que o recomendado pode ser justificado pelas condições maternas ou fetais. No entanto, é consenso que exames vaginais da mesma mulher, por vários profissionais de saúde, na mesma hora ou em

momentos diferentes, devem ser evitados. Restringir a frequência e o número total de exames vaginais é particularmente crucial em situações em que existem outros fatores de risco para infecção, como, por exemplo, na ruptura prolongada das membranas corioamnióticas e quando é longa a duração do trabalho de parto. Atualmente, não há evidências robustas para orientar a prática clínica sobre os intervalos de tempo e duração da ausculta fetal no intraparto.

A observação e monitoração adequada do progresso do parto e das condições fetais são importantes para reconhecer, em tempo hábil, os desvios da normalidade que possam requerer alguma intervenção ou a transferência da parturiente para níveis mais complexos de assistência.

Revisão da Literatura

Uma revisão sistemática avaliou inúmeros desfechos maternos no primeiro período do parto de pacientes com e sem analgesia. Nas pacientes sem analgesia, as posições verticalizadas encurtaram significativamente a duração do trabalho de parto, sendo que a posição deambulando encurtou mais e diminuíram significativamente as taxas de cesariana e necessidade de analgesia condutiva e melhoraram os desfechos neonatais. Nas pacientes com analgesia as diferentes posições não modificaram os desfechos maternos e neonatais. (Lawrence et al. 2013, Alhafez; Berghella 2020)^{18,94}

Uma revisão sistemática (Martis et al. 2017)⁹⁵ para avaliar a efetividade de diferentes propostas para ausculta intermitente da FCF no intraparto incluiu dois estudos totalizando 3.242 mulheres e bebês. Apesar do alto risco para viés de desempenho devido à incapacidade de mascarar os participantes e profissionais de saúde para as intervenções, a evidência foi classificada como de qualidade moderada a muito baixa. Os métodos com sonar Doppler e com o estetoscópio de Pinard envolveram a ausculta da FCF por 1 minuto durante os últimos 10 minutos de cada meia hora, durante e imediatamente após uma contração. Comparando o monitoramento fetal eletrônico intermitente pela CTG com o Pinard de rotina, não houve diferença clara entre os grupos nos índices de Apgar de 5º minuto <6 (RR 0,66, IC 95% 0,24 a 1,83, evidência de qualidade muito baixa). Também não houve diferença na mortalidade perinatal (RR 0,88, IC 95% 0,34 a 2,25; evidência de qualidade muito baixa). Evidências de qualidade moderada sugerem que a CTG intermitente provavelmente aumenta o diagnóstico de anormalidade da FCF (RR 6,08, IC 95% 4,21–8,79), incluindo desacelerações precoces e tardias da FCF (RR 2,84, IC 95% 1,82–4,45). Evidências de baixa qualidade sugerem que a CTG intermitente pode reduzir a encefalopatia hipóxico-isquêmica (RR 0,20, IC 95% 0,04–0,90) e convulsões neonatais foram reduzidas no grupo do monitoramento fetal eletrônico (RR 0,05, 95% CI 0,00 a 0,89). Para resultados maternos, as mulheres

alocadas para monitoramento fetal eletrônico intermitente tiveram taxas mais altas de cesariana por sofrimento fetal (RR 2,92, IC 95% 1,78 a 4,80, evidência de qualidade moderada) em comparação com mulheres alocadas para ausculta com Pinard. Não é possível ter certeza se o aumento da identificação de desacelerações e o aumento da cesariana para sofrimento fetal se traduziram nos melhores resultados perinatais.

Nessa mesma revisão, na comparação entre sonar Doppler e estetoscópio de Pinard de rotina (dois ensaios) não houve diferença clara entre os grupos nos escores de Apgar de 5º minuto, mortalidade perinatal ou convulsões neonatais. Mulheres alocadas para sonar Doppler tiveram taxas mais altas de cesariana por sofrimento fetal em comparação com aquelas alocadas para estetoscópio de Pinard de rotina (RR 2,71, IC 95% 1,64 a 4,48, 627 mulheres, evidência de qualidade moderada). Os autores concluem que o sonar Doppler e a CTG intermitente para a ausculta intermitente no intraparto foi associado a um aumento de indicação de cesáreas. Não houve diferença clara nos resultados neonatais (baixa pontuação de Apgar aos cinco minutos após o nascimento, convulsões neonatais ou mortalidade perinatal). A qualidade da evidência foi avaliada como moderada a muito baixa e vários resultados importantes não foram relatados, o que significa que permanece a incerteza em relação à ausculta intermitente da FCF no intraparto.

Quanto ao uso da CTG contínua para monitoração fetal no primeiro período do parto, sabe-se que o método pode restringir outras intervenções benéficas, prejudicar a escolha de certas posições de parto e pode dificultar a livre locomoção da parturiente, sem evidência robusta de benefício.

A justificativa do uso da CTG contínua para finalidades defensivas, para proteger contra demandas judiciais, não é prática baseada em evidências e não melhora os resultados do parto. Os profissionais e instituições estarão melhor protegidos mantendo bons registros em prontuários, indicando claramente os achados da ausculta intermitente para a defesa da prática clínica.

A revisão sistemática da Cochrane (Alfirevic et al. 2017)⁹⁶, atualizada periodicamente, sendo a última de 2017, avaliou a eficácia e segurança da CTG contínua para monitorar o bem-estar fetal durante o trabalho de parto. Foram incluídos 13 estudos envolvendo mais de 37.000 mulheres. Um estudo (4.044 mulheres) comparou CTG contínuo com CTG intermitente, todos os outros estudos compararam CTG contínuo com ausculta intermitente. Todos os estudos incluídos apresentavam alto risco de viés. Em comparação com a ausculta intermitente, a CTG contínua não mostrou melhora significativa na taxa de mortalidade perinatal geral (RR 0,86, IC 95% 0,59 a 1,23, N = 33.513, 11 ensaios clínicos, evidência de baixa qualidade), mas foi associado a reduzir pela metade as taxas de convulsões neonatais (RR 0,50, IC 95% 0,31 a 0,80, N = 32.386,

9 ensaios, evidência de qualidade moderada). Não houve diferença nas taxas de paralisia cerebral (RR 1,75, IC 95% 0,84 a 3,63, N = 13.252, 2 ensaios, evidência de baixa qualidade). Houve um aumento nas cesáreas associadas à CTG contínua (RR 1,63, IC 95% 1,29 a 2,07, N = 18.861, 11 ensaios, evidência de baixa qualidade). Os autores concluem que a CTG durante o trabalho de parto está associado a taxas reduzidas de convulsões neonatais, mas não há diferenças claras em paralisia cerebral, mortalidade infantil ou outras medidas padrão de bem-estar neonatal. No entanto, a CTG contínua foi associada a um aumento de cesarianas e partos vaginais instrumentais. O desafio é a melhor forma de transmitir esses resultados para que as mulheres tomem decisões informada sem comprometer a normalidade do trabalho de parto.

Recomendações

- As parturientes de risco habitual sem analgesia devem ser estimuladas a se movimentarem e a assumirem posições verticalizadas durante o trabalho de parto, respeitando-se o desejo e o conforto da mulher.
- As parturientes com analgesia devem ser estimuladas a assumirem a posição que considerem ser mais confortável, respeitando-se o desejo e o conforto da mulher.
- O exame digital vaginal em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação de rotina na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto em parturientes de risco habitual, a menos que haja alguma preocupação com o progresso do parto.
- Em parturientes de risco habitual, registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:
 - Frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora;
 - Frequência cardíaca fetal a cada 30 minutos;
 - Frequência cardíaca materna de 1 em 1 hora;
 - Temperatura e PA de 4 em 4 horas;
 - Frequência da diurese.
- A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com o sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard é recomendada para gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto, atendendo-se ao seguinte:
 - Auscultar durante e após uma contração, por pelo menos 1 minuto, registrando um único valor;
 - Registrar acelerações e desacelerações;

- Palpar o pulso materno para diferenciar dos batimentos maternos, se necessário.
- A cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em gestantes saudáveis de risco habitual em trabalho de parto espontâneo.
- Recomenda-se o cuidado da parturiente em maternidade baseada em hospital, com presença de médico obstetra, se este não for o profissional que assiste a mulher, na presença de qualquer uma das seguintes condições:
 - Frequência cardíaca materna >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
 - PA sistólica ≥ 150 mmHg ou PA diastólica ≥ 100 mmHg em uma única medida;
 - PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
 - Proteinúria de fita 2++ ou mais e uma única medida de PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg;
 - Temperatura de 38°C ou mais em uma única medida ou $37,5^{\circ}\text{C}$ em 2 ocasiões em período de 1 hora;
 - Qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão;
 - Eliminação de mecônio significativo em líquido amniótico;
 - Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
 - Progressão lenta do trabalho de parto;
 - Solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia farmacológica;
 - Qualquer emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno;
 - Qualquer apresentação anômala, incluindo cefálicas defletidas e apresentação pélvica;
 - Apresentação cefálica alta ou móvel em nulípara;
 - Suspeita de restrição de crescimento fetal ou macrossomia;
 - Suspeita de oligoâmnio ou polidrâmnio;
 - Frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm;
 - Desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

| 10.5 Uso do partograma na assistência ao parto

Introdução

As avaliações maternas e fetais são registradas durante o trabalho de parto de forma muito variável, dependendo dos serviços. Diferentes modelos de partograma são descritos na literatura, mas ainda carecem evidências que validem o seu papel nos desfechos maternos e perinatais.

A OMS promoveu amplamente o uso rotineiro do partograma; no entanto, a validade de componentes importantes, as linhas de alerta e ação, tem sido questionada na última década, pois os achados de vários estudos sugerem que o trabalho de parto pode de fato ser mais lento do que os limites propostos. Não há evidências suficientes para apoiar o uso da linha de alerta como um classificador para detectar mulheres em risco de resultados adversos no parto. Em ambientes hospitalares, o uso da linha de alerta e as tentativas de manter a progressão da dilatação cervical de 1 cm/hora levam a intervenções desnecessárias devido à percepção de que o progresso do trabalho de parto é patologicamente lento. Evidências de estudos transversais e qualitativos sugerem que o partograma é aplicado incorretamente em muitos locais e que, mesmo quando é usado corretamente, os profissionais de saúde enfrentam desafios para iniciar as ações necessárias devido à falta de recursos (Ollerhead & Osrin 2014, Bedwell et al. 2017)^{97,98}.

A OMS (WHO 2018)¹ recomenda não usar o limite de 1 cm/hora e a linha de alerta para avaliar o progresso satisfatório da dilatação cervical. No entanto, sabe-se que o registro sistemático das informações em partograma ou documento similar assegura a monitoração da progressão do trabalho de parto, especialmente os padrões de dilatação cervical e de descida da apresentação.

Parturientes com progresso lento do trabalho de parto devem ser cuidadosamente avaliadas para excluir complicações e para determinar se suas necessidades emocionais, psicológicas e físicas no trabalho de parto estão sendo atendidas. Os profissionais de saúde devem continuar a registrar a dilatação cervical bem como outros parâmetros no partograma, incluindo frequência cardíaca fetal, o desenvolvimento de bossa, moldagem, características do líquido amniótico, descida da apresentação fetal, temperatura materna, pressão arterial e débito urinário, para monitorar o bem-estar materno e fetal, além de identificar os riscos de resultados adversos do parto. Em unidades de saúde onde intervenções não podem ser realizadas e onde há dificuldade para o referenciamento em tempo hábil, a linha de alerta ainda pode ser usada para triagem de mulheres que possam necessitar de cuidados adicionais. Nesse caso, a plotagem deve começar a partir de uma dilatação cervical de

5 cm, o que significa o início do primeiro estágio ativo do trabalho de parto para a maioria das mulheres.

Revisão da Literatura

Uma revisão sistemática (Lavender et al. 2018)⁹⁹ foi realizada para determinar a efetividade e segurança do uso do partograma na morbidade e mortalidade perinatal e materna. Foram incluídos 11 estudos, envolvendo 9.475 mulheres. Foram avaliadas as evidências do uso do partograma versus nenhum partograma (3 ensaios, 1.813 mulheres) e não houve diferença clara nas taxas de cesariana (razão de risco média (RR) 0,77, IC 95% 0,40 a 1,46; n = 1.813; 3 ensaios; I² = 87%; evidência de qualidade muito baixa); aumento de ocitocina (RR 1,02, 95% CI 0,95 a 1,10; n = 1.156; 1 ensaio; evidência de qualidade moderada); duração do primeiro estágio do trabalho de parto (diferença média (MD) 0,80 horas, IC 95% -0,06 a 1,66; n = 1.156; 1 ensaio; evidência de baixa qualidade); ou índice de Apgar de 5º minuto inferior a 7 (RR 0,76, IC 95% 0,29 a 2,03; n = 1.596; 2 tentativas; I² = 87%; evidência de qualidade muito baixa). Com base nos achados desta revisão, os autores concluem que não há certeza dos efeitos do uso rotineiro do partograma como parte do manejo e cuidado padrão do trabalho de parto.

As recomendações da OMS (WHO 2018)¹ pela mudança global para melhorar a experiência do parto exigiram o design de uma nova ferramenta de monitoramento do trabalho de parto que foi chamada Guia de Cuidados do Trabalho de Parto da OMS (*WHO's Labor Care Guide – LCG*) (Hofmeyr et al. 2021)¹⁰⁰. Esse Guia difere dos desenhos tradicionais de partogramas anteriores, principalmente na abordagem da duração do trabalho de parto, nos gatilhos para intervenções clínicas e na ênfase pelo cuidado respeitoso da maternidade. É proposta a representação gráfica do progresso do trabalho de parto em termos de dilatação cervical e descida da apresentação fetal, de acordo com o tempo, e o registro regular formal de parâmetros clínicos importantes que descrevem o bem-estar materno e fetal. A fase ativa é definida a partir de 5 cm de dilatação cervical e os limites de tempo para alerta na progressão são baseados em evidências para cada centímetro de dilatação cervical. O monitoramento é intensificado no segundo período do parto (período expulsivo). Foi incluído registro explícito de acompanhante no trabalho de parto e parto, alívio da dor, ingestão de fluidos orais e posições adotadas pela parturiente. Devem ser registradas a duração e a frequência das contrações uterinas. Os desvios devem ser destacados e a resposta correspondente deve ser registrada.

Recomendações

- Para parturientes com início de trabalho de parto espontâneo, o limite da taxa de dilatação cervical de 1 cm/hora, durante a fase ativa do primeiro estágio (conforme representado pela linha de alerta do partograma de Philpott) é impreciso para identificar mulheres em risco de resultados adversos no parto e, portanto, não é recomendado para esse fim.
- Ferramentas padronizadas de monitoramento do trabalho de parto, incluindo um partograma ou o Guia de Cuidados do Trabalho de Parto da OMS devem ser utilizados para o monitoramento do trabalho de parto e parto.

| 10.6 Intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto

Introdução

As mulheres em trabalho de parto não devem ser submetidas a intervenções de rotina ineficazes e potencialmente prejudiciais, como depilação perineal, enemas, amniotomia, fluidos intravenosos, antiespasmódicos e antibióticos para partos vaginais sem complicações. (WHO 2018, Renfrew et al. 2014)^{1,101} Essa abordagem intervencionista não é sensível às necessidades, valores e preferências pessoais da mulher e de sua família, e pode enfraquecer e prejudicar sua vivência durante o parto, impactando negativamente sua experiência pessoal.

A amniotomia e o uso de ocitocina são intervenções muito utilizadas para evitar demora no trabalho de parto na prática clínica, mas não há evidências claras de que os benefícios superem os danos potenciais. Apesar da regra geral de que essas intervenções só devam ser realizadas para indicações válidas, existe pouca adesão a essa regra na prática clínica. A amniotomia precoce também pode aumentar o risco de transmissão perinatal do HIV. Em locais onde a infecção pelo HIV é prevalente e as mulheres podem apresentar trabalho de parto com status HIV desconhecido, a recomendação de não realizar a amniotomia de rotina deve ser estritamente atendida.

Quanto ao regime e doses de ocitocina durante o trabalho de parto, existem esquemas de alta e baixa dose, mas a evidência em relação às diferentes dosagens de ocitocina é limitada. O aumento das doses com frequência maior do que a cada 20 minutos pode estar associado a mais hiperestimulação uterina e anormalidades na FCF. A ocitocina pode ser utilizada para a correção de partos disfuncionais, mas não é isenta de efeitos adversos como: taquissístolia, anormalidades da FCF, rotura uterina, intoxicação hídrica e efeitos cardiovasculares adversos (arritmias, hipotensão, isquemia miocárdica, vasodilatação periférica e taquicardia) (Dyer et al. 2011)¹⁰².

Revisão da Literatura

Uma revisão sistemática da Cochrane (Smyth et al. 2013)¹⁰³ incluiu 15 estudos envolvendo 5.583 mulheres para comparar a amniotomia isolada com a intenção de preservar as membranas (sem amniotomia) no trabalho de parto espontâneo. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as mulheres nos grupos de amniotomia e controle na duração do primeiro estágio do trabalho de parto (diferença média (MD) -20,43 minutos, IC 95% -95,93 a 55,06), cesariana (razão de risco (RR) 1,27, IC 95% 0,99 a 1,63), satisfação materna com a experiência do parto (MD -1,10, IC 95% -7,15 a 4,95) ou Apgar de 5º minuto inferior a sete (RR 0,53, IC 95% 0,28 a 1,00). Não houve consistência entre os ensaios em relação ao momento da amniotomia durante o trabalho de parto em termos de dilatação cervical. Os autores concluem que não é possível recomendar a amniotomia de rotina como parte do manejo e cuidado padrão do trabalho de parto.

Amniotomia precoce de rotina mais ocitocina no início do trabalho de parto foi analisada em ensaio clínico randomizado (Cohen et al. 1987)¹⁰⁴ realizado nos EUA envolvendo 150 mulheres nulíparas (intervenção=75; controle=75) que demonstrou não haver diferenças no tipo de parto (cesariana: RR 0,91, IC 95% 0,41 a 2,01; parto vaginal espontâneo: RR 0,97, IC 95% 0,82 a 1,14), nenhuma evidência forte na duração do trabalho de parto (fase latente DM -0,73 horas, IC 95% -0,84 a -0,62 horas; fase ativa DM 0,24 horas, IC 95% 0,12 a 0,36 horas; fase de desaceleração DM 0,00 horas, -0,02 a 0,02 horas) e escores de Apgar (1º minuto DM 0,35, IC 95% 0,30 a 0,40; 5º minuto DM 0,02, IC 95% 0,00 a 0,04). As evidências demonstram que não há benefícios na realização rotineira de amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, nos desfechos maternos e neonatais estudados.

Quanto ao uso de agentes antiespasmódicos para prevenção de atraso no trabalho de parto, os dados disponíveis são muito heterogêneos em relação aos participantes e intervenções para permitir ampla aplicabilidade dos resultados (Rohwer et al. 2013)¹⁰⁵. Devem ser valorizadas as questões de segurança e, por esse motivo, essa intervenção não pode ser recomendada até que novas informações demonstrem benefícios clínicos com riscos mínimos.

A OMS (WHO 2018)¹ não recomenda o uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto, pois não há evidência clara que subsidie a intervenção. Há risco de sobrecarga de fluidos maternos durante o trabalho de parto, particularmente quando a infusão intravenosa de ocitocina é indicada. As parturientes de risco habitual devem ser encorajadas a beber líquidos durante o trabalho de parto.

O uso rotineiro de ocitocina durante o trabalho de parto pode levar a maior incidência de desacelerações da FCF, maior dor no parto e maior frequência de parto instrumentalizado. A ocitocina endovenosa está indicada quando as contrações forem inadequadas para a fase do trabalho de parto em que a parturiente se encontra, e irá aumentar a frequência, duração e intensidade das contrações uterinas. Existem diferentes esquemas propostos para uso endovenoso. O esquema mais utilizado, por sua segurança, deve ser o de baixa dose, estabelecendo a dose inicial de 2 mU/minuto e incrementos subsequentes de 1,0 a 2,0 mUI/min em intervalos de 15 a 40 minutos (ACOG 2009)¹⁰⁶. Isso corresponde ao preparo de uma solução com 5 UI de ocitocina diluídas em 500 ml de soro glicosado a 5% ou soro fisiológico 0,9%. A velocidade de infusão endovenosa inicial é de 4 gotas/minuto ou 12 mL/h, e dose máxima de 20 mUI/min. A ocitocina deve ser administrada por meio de bomba de infusão que permita o controle preciso de fluxo e controle minuto a minuto. O volume infundido deve ser controlado, não excedendo volume total de 3 litros em 12 horas. A resposta uterina à ocitocina é individual. Quanto maior a idade gestacional, menor será a dose necessária para obter contrações eficientes. Deve ser monitorada cuidadosamente a dinâmica uterina e a FCF. A infusão deverá ser reduzida ou suspensa sempre que houver: desacelerações tardias ou prolongadas da FCF, frequência de contrações acima de 4 em 10 minutos e se não houver relaxamento uterino completo no intervalo entre as contrações (aumento do tônus).

Considerando o balanço entre riscos e benefícios clínicos, conclui-se que embora os regimes de altas doses de ocitocina (4 mU/minuto ou mais) para estimulação do trabalho de parto estejam associados com trabalhos de parto mais curtos, menos cesariana e mais partos vaginais espontâneos, deve-se ter cautela em relação ao seu uso rotineiro tendo em vista a heterogeneidade dos estudos e a carência de evidências em relação aos desfechos neonatais e o grau de satisfação materna.

Recomendações

- O uso de amniotomia isoladamente para prevenir a demora no trabalho de parto não é recomendado.
- O uso de amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, para prevenir a demora no trabalho de parto não é recomendado.
- Diante da suspeita de falha de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto, considerar a realização de amniotomia se as membranas estiverem íntegras. Deve-se explicar à parturiente o motivo deste o procedimento e avisar que o mesmo pode aumentar a intensidade e dor das contrações.

- O uso de ocitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto em mulheres recebendo analgesia peridural não é recomendado.
- O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado.
- O uso de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto não é recomendado.
- Se a ocitocina for indicada, utilizar esquema de baixa dose e assegurar que os incrementos na dose não sejam mais frequentes do que a cada 30 minutos, e a dose não deve ser aumentada após atingir 4 contrações em 10 minutos.
- Se a ocitocina for indicada, informar a parturiente o motivo do uso de ocitocina, que haverá aumento na frequência e intensidade das contrações e que o feto deverá ser monitorado continuamente ou com mais frequência.
- O trabalho de parto pode não acelerar naturalmente até que um limiar de dilatação cervical de 5 cm seja atingido. Portanto, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto e nascimento (como a amniotomia, o aumento de ocitocina ou cesariana) antes desse limite não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas estejam dentro da normalidade.
- Na falha de progresso no primeiro estágio do parto, a parturiente mulher deve ser assistida por médico obstetra, se não estiver sob seus cuidados. Este deverá revisar o diagnóstico de falha de progresso e decidir sobre as opções de manejo, incluindo o uso de ocitocina.

11. ASSISTÊNCIA NO SEGUNDO PERÍODO DO PARTO

| 11.1 Posições e imersão em água

Introdução

Existem várias opções para a posição materna no segundo período do trabalho de parto, a litotômica, semi-sentada, sentada, cócoras, genupeitoral, quatro apoios, lateral e em pé são as mais citadas.

A imersão em água tem sido utilizada em alguns casos durante o período expulsivo, com o parto ocorrendo de fato dentro da água. É necessário analisar as evidências científicas disponíveis para uma avaliação dos riscos e benefícios, em termos de desfechos maternos e perinatais das medidas descritas.

Revisão da literatura

Posições no segundo período do trabalho de parto

Em uma meta-análise (Gupta et al. 2017)¹⁰⁷ de ensaios randomizados (30 ensaios e 9.015 participantes), em pacientes sem anestesia neuraxial, qualquer posição vertical, em comparação com posições supina, resultou em redução na duração do segundo estágio em 6,2 minutos (IC 95% -9,7 a -2,6), redução na taxa de episiotomia (RR 0,75, IC 95% 0,61-0,92) e redução no parto vaginal assistido por fórceps e vácuo (RR 0,75, IC 95% 0,66-0,86). Houve aumento do risco de perda de sangue superior a 500 mL (RR 1,48, IC 95% 1,10-1,98) e de lacerações de segundo grau (RR 1,20, IC 95% 1,00 to 1,44). O efeito da posição materna foi indefinido nas taxas de cesariana (RR 1,22, IC 95% 0,81-1,81), lacerações de terceiro/quarto grau (RR 0,72, IC 95% 0,32-1,65) e na admissão na unidade de terapia intensiva do recém-nascido (RR 0,79, IC 95% 0,51-1,21). As evidências foram de baixa qualidade (por exemplo, ensaios mal conduzidos, variações entre os ensaios e na forma como os resultados foram analisados).

A OMS (WHO 2018)¹ recomenda que nenhuma posição em particular seja imposta à mulher e que ela seja encorajada e apoiada a adotar a posição que achar mais confortável. O profissional de saúde deve garantir que o bem-estar fetal seja monitorado adequadamente na posição escolhida pela mulher. Caso seja necessária uma mudança de posição para garantir o acompanhamento, o motivo deve ser claramente comunicado à mulher. Uma abordagem prática para o posicionamento no segundo estágio para mulheres que desejam uma posição de parto verticalizada pode

ser adaptar-se a uma posição semi-reclinada ou de quatro, imediatamente antes da expulsão do feto, para facilitar as técnicas de proteção perineais e a perda de sangue.

Em outra revisão sistemática da Cochrane (Walker et al. 2018)¹⁰⁸ (8 ensaios e 4.464 participantes), envolvendo pacientes com anestesia neuroaxial, não houve diferenças claras em nenhum desses resultados entre os grupos. A evidência geral foi de baixa qualidade devido a diferenças nos desenhos dos ensaios, intervenções e adesão à intervenção alocada, bem como possível viés de seleção e conflito. Na análise de estudos com menor risco de viés, nas parturientes com analgesia epidural que adotam posições horizontalizadas no segundo período do parto, verifica-se redução nas taxas de cesariana, sem aumentar o número de partos instrumentalizados, além de relatarem mais satisfação na sua experiência com o parto.

Segundo a Febrasgo, (Febrasgo 2021)² caso não haja necessidade de manipulação do feto nem complicações, a parturiente deve ser incentivada a adotar a posição mais confortável. Quando sem complicações, as posições mais frequentemente adotadas no período expulsivo são as semissentadas, de cócoras ou laterais. A posição de litotomia está indicada quando for necessário instrumentalizar o parto, aplicar manobras extrativas fetais e/ou realizar episiotomia.

Imersão em água no segundo período do trabalho de parto

Uma metanálise (Cluett et al. 2018)³⁷ de ensaios randomizados avaliou dois estudos com a imersão em água durante o segundo estágio do parto e não demonstrou benefícios ou danos claros em qualquer desfecho materno ou neonatal, mas as evidências foram limitadas e de baixa qualidade.

Uma revisão sistemática (Vanderlaan & Hall 2020)¹⁰⁹ de relatos de maus resultados neonatais com imersão em água encontrou 47 casos, que incluíram um infecção por *Pseudomonas*, *Legionella*, casos esporádicos de outras infecções, hiponatremia neonatal inexplicada, avulsão de cordão e aspiração de água.

O Documento da Academia Americana de Pediatria (Nolt et al. 2022)¹¹⁰ comunica que a imersão em água para o trabalho de parto demonstrou melhorar o conforto da gestante na primeira fase, mas não mostrou benefício para a segunda fase do trabalho de parto ou parto. Potenciais infecções neonatais associadas a essa prática são raras, mas graves.

Uma análise retrospectiva (Bovbjerg et al. 2016)¹¹¹ de 6534 casos de parto em água não demonstrou aumento na chance de infecção materna, mas evidenciou uma chance maior de trauma no trato genital da parturiente (aOR, 1,11; IC 95%, 1,04-1,18).

Segundo a Febrasgo, (Febrasgo, 2021)² não há evidências de qualidade que permitam determinar a segurança do segundo período do parto em imersão na água. Estudos alertam para mais risco de lesões perineais, possivelmente pela dificuldade na proteção perineal ou no diagnóstico de algum problema. É uma prática que deve ser restrita a situações de ensaios clínicos.

Em parturientes sem analgesia epidural, as posições verticalizadas têm potencial de uma pequena redução da duração do expulsivo, redução na taxa de parto instrumentalizado, redução na episiotomia e redução no comprometimento da frequência cardíaca fetal; no entanto podem aumentar a perda sanguínea e aumentar as lacerações perineais de segundo grau. Os estudos são heterogêneos com vieses e devem ser interpretados com cuidado.

Em parturientes com analgesia epidural que adotam posições horizontalizadas no segundo período do parto, verifica-se redução nas taxas de cesariana, sem aumentar o número de partos instrumentalizados, além de relatarem mais satisfação com sua experiência com o parto.

Em relação à imersão em água no segundo período do trabalho de parto as evidências são escassas e de baixa qualidade não permitindo uma avaliação mais clara sobre riscos e benefícios clínicos.

Recomendações

- Caso não haja necessidade de manipulação do feto nem complicações, a parturiente deve ser incentivada a adotar a posição mais confortável no segundo período do parto, assegurando a possibilidade de avaliação da vitalidade fetal e a proteção do períneo.
- Informar às mulheres que não há evidências suficientes e de qualidade para apoiar o segundo período do parto na água, sendo que o mesmo deve ficar restrito a ensaios clínicos.

| 11.2 Puxos

Introdução

O momento de realizar os puxos no segundo estágio é controverso. As mulheres podem iniciar logo após o diagnóstico de dilatação cervical completa (puxo imediato), ou

podem retardar o puxo por uma ou mais horas (puxo tardio). No entanto, as evidências sobre o efeito dessas duas abordagens são conflitantes.

Revisão da literatura

Em uma metanálise (Di Mascio et al. 2020)¹¹² de gestações únicas a termo designadas aleatoriamente para puxos tardios ou imediatos (12 ensaios, 5.445 participantes), a conclusão é que o puxo tardio resultou em menos tempo gasto empurrando ativamente (diferença média 28 minutos, IC 95% 43,04 a 12,04). No entanto, isso foi à custa de um segundo estágio mais longo (diferença média de 46 minutos, IC 95% 32,63 a 59,71) e o segundo estágio mais longo foi associado a um risco aumentado de corioamnionite (9,1 versus 6,6%, RR 1,37, IC 95% 1,04-1,81) e baixo pH do cordão umbilical (2,7 versus 1,3%, RR 2,00, IC 95% 1,30-3,07). As taxas de parto vaginal espontâneo, vaginal assistido e cesariana foram semelhantes para ambas as abordagens. Todos os participantes tiveram analgesia neuroaxial. A qualidade geral da evidência foi considerada baixa devido alta heterogeneidade dos estudos incluídos.

Em uma metanálise (Lemos et al. 2017)¹¹³ de estudos randomizados de diferentes técnicas de respiração e puxos (8 estudos, 884 participantes principalmente sem anestesia peridural), os resultados maternos e neonatais foram semelhantes para parturientes que seguiram seus próprios instintos sobre respirar e puxos (ou seja, puxo espontâneo) versus aqueles que foram instruídos a respirar fundo no início de uma contração e mantê-la o maior tempo possível enquanto pressionava (ou seja, puxo dirigido com manobra de Valsalva). Todos os estudos foram limitados pela falta de cegamento e pelo cruzamento entre os grupos. A qualidade geral da evidência foi baixa.

As mulheres na fase expulsiva do parto devem ser encorajadas e apoiadas para seguir seu próprio desejo de empurrar. Evidências qualitativas sobre o que é importante para as mulheres durante a assistência ao parto mostram que as mulheres querem se sentir no controle de seu processo de parto, com o apoio de uma equipe gentil, tranquilizadora e sensível às suas necessidades. Os profissionais de saúde devem evitar a imposição dos puxos direcionados às mulheres no segundo estágio do trabalho de parto, pois não há evidências de qualquer benefício com essa técnica.

Para mulheres com analgesia de parto, é recomendado retardar o puxo por uma a duas horas após a dilatação total ou até que a mulher recupere o desejo sensorial de fazer força, caso seja possível uma permanência mais longa no segundo estágio e a vitalidade fetal seja adequadamente avaliada (WHO 2018)¹.

Pode-se apoiar a realização de puxos espontâneos em mulheres sem analgesia, se assim ela os desejar. Entretanto, não está claro qual é a técnica de puxo mais eficaz e se há efeitos positivos ou negativos sobre resultados maternos e neonatais. Em mulheres com analgesia farmacológica, nas quais a sensação do puxo fica reduzida, este deve ser estimulado durante as contrações, apenas após uma hora de dilatação completa do colo sem progressão fetal ou se o polo cefálico for visível no introito vaginal (puxo tardio). É importante que a parturiente faça o puxo na posição em que se sentir confortável (Febrasgo 2021)².

Não existem evidências de alto nível que comprove se o puxo dirigido ou orientado, precoce ou tardio, em mulheres sem anestesia peridural afetem os resultados.

Recomendações

- Deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos no segundo período do parto em parturientes sem analgesia, evitando os puxos dirigidos.
- Em mulheres com analgesia regional, após a confirmação da dilatação cervical completa, recomenda-se que o puxo seja adiado por pelo menos uma hora, exceto se a mulher quiser realizar o puxo antes disso ou o polo cefálico estiver visível.

| 11.3 Definição e duração do segundo período do trabalho de parto

Introdução

Na assistência ao trabalho de parto, as definições das suas fases são importantes, principalmente para que todos aqueles envolvidos nos cuidados tenham uma compreensão comum dos conceitos envolvidos para facilitar a comunicação e o manejo efetivo quando desvios da normalidade forem detectados. Também se faz necessário analisar as evidências disponíveis relacionadas à duração do segundo período do trabalho de parto e os desfechos perinatais.

Revisão da literatura

O segundo estágio do trabalho de parto é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do feto, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de puxo, como resultado de contrações uterinas expulsivas.

As mulheres devem ser informadas de que a duração da segunda fase varia de uma mulher para outra. No primeiro trabalho de parto, o nascimento geralmente é

concluído em até três horas, enquanto nos trabalhos de parto subsequentes, o nascimento geralmente é concluído em até duas horas.

A descrição do início do segundo estágio com base em pesquisas é uma ciência inexata e o início do segundo estágio do trabalho de parto na prática clínica muitas vezes não é conhecido com precisão. Uma mulher pode sentir a necessidade de puxo antes da dilatação completa ou ela pode ainda não sentir essa necessidade no momento em que a dilatação completa é diagnosticada (WHO 2018)¹.

De acordo como consenso do Colégio Americano de Ginecologistas e Obstetras (ACOG 2014)¹¹⁴ para prevenção da cesariana primária, o segundo estágio do parto foi considerado prolongado em nulíparas após três horas de puxos sem analgesia, e até quatro horas, em pacientes com anestesia peridural ou mal posicionamento fetal, desde que o progresso seja documentado. Em multiparas, o segundo estágio geralmente pode ser considerado prolongado após duas horas de puxos sem analgesia e até três horas em pacientes com anestesia peridural ou mal posicionamento fetal, desde que o progresso seja documentado.

Um estudo observacional (Zipori et al. 2019)¹¹⁵, com mais de 19 mil gestações, comparando as abordagens "antigas" (tempo mais curto) e as "novas" (maior tempo), em mais de 19 mil gestações de risco habitual, sem anomalias fetais, confirmou que a nova abordagem estava associada a uma redução nos partos cesáreos (15,7 versus 23,3% para nulíparas, aRR 0,63, IC 95% 0,58-0,70; 8,1 versus 10,9% para quem já teve parto, aRR 0,72, IC 95% 0,67-0,84). Não houve aumento no resultado neurológico inicial anormal. O risco individual de cesariana e as morbidades associadas à cesariana aumentaram com o aumento da duração do segundo estágio.

A segunda fase clínica ou período do parto corresponde ao período expulsivo. Inicia-se com dilatação completa do colo e tem seu término com a expulsão do feto. É caracterizado pelo surgimento dos puxos maternos, ou seja, da "vontade involuntária de fazer força" que a mulher tem, decorrentes da pressão que a apresentação fetal exerce sobre o reto e a musculatura do assoalho pélvico, desencadeando o reflexo da defecação. A duração normal do período expulsivo varia de acordo com a paridade da parturiente e a presença de analgesia farmacológica. Considera como referência o estudo original de Zhang et al. 2010b (Febrasgo, 2021)².

A segunda fase clínica ou período do parto corresponde ao período expulsivo, iniciando com a dilatação completa do colo uterino e tem seu término com a expulsão do feto. É caracterizado pelo surgimento dos puxos maternos. Sua duração depende de muitas variáveis e a determinação exata é difícil, pois seu início é clinicamente impreciso. O Quadro 2 é adaptado de um dos estudos mais citados.

Quadro 2 - Tempo de duração do segundo período do trabalho de parto

Analgesia epidural	Nulíparas		Multíparas	
	mediana (h)	P98 (h)	mediana (h)	P98 (h)
Sim	1,1	3,6	0,4	2,0
Não	0,6	2,8	0,2	1,3

Fonte: Adaptado de Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al.; Consortium on Safe Labor. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010;116(6):1281–7.

A limitada qualidade das evidências torna difícil avaliar o impacto do segundo período prolongado sobre os desfechos maternos e perinatais.

Recomendações

- O segundo estágio do parto é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento.
- Na maioria das parturientes, o segundo estágio do parto tem duração inferior a uma hora em nulíparas, e, inferior a meia hora em multíparas. Contudo, nos casos em que a vitalidade fetal e as condições maternas permanecerem dentro dos limites da normalidade, o período expulsivo pode se estender em até duas horas para nulíparas, e em até três horas para multíparas, sem analgesia epidural.
- Com analgesia epidural, o segundo período de parto pode se prolongar em até uma hora, quando comparado com a mulher sem analgesia.

| 11.4 Cuidados com o períneo

Introdução

Na assistência ao segundo período do parto há uma preocupação, tanto por parte dos profissionais envolvidos na assistência, como por parte das parturientes, em relação ao trauma perineal. Muitas estratégias são propostas com o objetivo de reduzir o trauma perineal.

Revisão da literatura

Para o segundo estágio do parto é recomendado o uso de técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo (incluindo massagem perineal, compressas quentes e proteção manual do períneo), com base nas preferências da parturiente e nas opções disponíveis. Evidências sugerem que a massagem perineal pode aumentar a chance de manter o períneo intacto e reduzir o risco de lesões perineais graves, que compressas perineais quentes reduzem as lacerações perineais de quarto grau, e que a proteção manual do períneo provavelmente reduz as lacerações perineais de primeiro grau. A maioria das mulheres aceita essas técnicas perineais preventivas de baixo custo e valorizam os resultados (WHO 2018)¹.

Há poucos ensaios clínicos que tenham avaliado intervenções para redução do trauma perineal durante o parto. A aplicação de compressas mornas e de massagem perineal se associou à redução de trauma perineal grave. Porém, estudos apresentam várias limitações metodológicas. Não há evidências fortes demonstrando que a melhor abordagem é a não intervenção no desprendimento da apresentação fetal (técnica *hands off*). Parece que a única manobra com potencial de reduzir trauma perineal é a técnica *hands on*, que desacelera a expulsão fetal. O desprendimento deve ser lento e gradual, com uma das mãos fazendo leve pressão sobre a cabeça do feto, para controlar a velocidade da deflexão, e a outra mão empurrando levemente o períneo da mãe. (Febrasgo 2021, Jansova et al. 2017)^{1,116}

Uma metanálise (Bulchandani et al. 2015)¹¹⁷ de cinco ensaios (6.816 participantes) que avaliou a proteção perineal manual não encontrou redução clara nas lesões obstétricas do esfíncter anal (1,39 versus 1,44%; RR 1,03, IC 95% 0,32-3,36) em comparação com a não proteção. Contudo, três estudos não randomizados, incluindo mais de 60.000 participantes, tenham sugerido benefício com a manobra (2,3 versus 5,0%; RR 0,45, IC 95% 0,40-0,50).

Uma metanálise (Huang et al. 2020)¹¹⁸ com nove estudos controlados e randomizados (7.112 participantes) mostrou que não houve diferença entre as técnicas de proteção manual ou não proteção do períneo, em relação ao risco de ruptura perineal de 2º, 3º e 4º graus, duração do segundo estágio do parto e incidência de hemorragia pós-parto. Os estudos disponíveis são heterogêneos. Alguns não apresentam uma boa definição do método e outros permitem a aplicação de leve pressão na cabeça fetal para evitar a expulsão rápida, sem realizar o apoio no períneo. As evidências atuais são de baixa qualidade para qualquer conclusão definitiva.

É incerta a eficácia da manobra de Ritgen (usando uma mão para puxar o queixo fetal entre o ânus materno e o cóccix, e a outra mão colocada no occipital fetal para controlar

a velocidade do nascimento) é muito incerta; portanto, esta técnica não é recomendada. (WHO 2018, Aquino et al. 2020)^{1,119}

O uso rotineiro ou liberal da episiotomia não é recomendado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo. Não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia nos cuidados de rotina e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas ainda não foi claramente estabelecido.

Se uma episiotomia for realizada, a anestesia local eficaz e o consentimento informado da mulher são essenciais. A técnica preferida é a incisão médio-lateral, pois as incisões na linha média estão associadas a um maior risco de lesão obstétrica complexa do esfíncter anal. Uma técnica de sutura contínua é preferida à sutura interrompida. (WHO 2018)¹

O uso rotineiro de episiotomia não é benéfico e deve ser evitado. Faltam evidências que destaquem claramente quais são as situações em que deva ser realizada. Deve ser reservada a partos com alto risco de laceração perineal grave, distocia significativa de tecidos moles ou necessidade de facilitar o parto de um feto possivelmente comprometido. Pode ser útil em alguns casos em que haja dificuldades para introduzir o fórceps ou vácuo-extrator. Na distocia de ombros, pode eventualmente facilitar manobras manuais internas. Quando indicada, deve ser médio-lateral à direita da parturiente (Febrasgo 2021)².

Evidências sugerem que a massagem perineal pode aumentar a chance de manter o períneo intacto e reduzir o risco de lacerações perineais graves, que compressas perineais mornas reduzem lacerações perineais de terceiro e quarto grau e que uma abordagem “mão na massa” (proteção) provavelmente reduz as lacerações perineais de primeiro grau. A maioria das mulheres aceita essas técnicas perineais preventivas de baixo custo e valoriza muito os resultados que elas impactam.

Recomendações

- Para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo são recomendadas técnicas de proteção perineal que podem incluir: massagem perineal, compressas mornas e técnicas *hands on*, respeitando as preferências da mulher e as opções disponíveis.
- Não realizar episiotomia de rotina na assistência ao parto vaginal.

- A episiotomia deve ser reservada para partos com alto risco de laceração perineal grave, ou necessidade de facilitar o parto de feto com sinais de comprometimento da oxigenação.
- A episiotomia pode ser utilizada quando houver dificuldade para introduzir o fórceps ou vácuo-extrator, e na distocia de ombros, para facilitar as manobras internas.
- Se uma episiotomia for realizada, recomenda-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus.
- Após desprendimento do polo cefálico, deve-se verificar a presença de circular cervical de cordão umbilical, que deve ser desfeita realizando-se alça anterior, passando pela cabeça ou pelo corpo do feto, à medida que é expulso. Na impossibilidade da retirada da circular, realizar o pinçamento e secção do cordão umbilical.
- É recomendado que se aguarde a rotação externa espontânea da cabeça fetal para desprendimento dos ombros, com leves movimentos de lateralização do corpo fetal. Deve-se evitar uso excessivo de força e de movimentos de tração lateral do feto, pois estas também são causas de trauma perineal.

| 11.5 Falha de progresso no segundo período do parto

Introdução

Reconhecer a progressão anormal do segundo estágio do parto e iniciar intervenções apropriadas são importantes, pois o período expulsivo prolongado está associado a maiores riscos de parto operatório e morbidade materna e neonatal.

Revisão da literatura

A decisão sobre a redução do segundo estágio do trabalho de parto deve ser baseada na vigilância da condição materna e fetal e na evolução do trabalho de parto. Quando a condição da mulher é satisfatória, o feto está em boas condições e há evidência de progresso na descida da cabeça fetal, não há motivos para intervenção. No entanto, quando o segundo estágio se estende além da duração padrão mencionada, a chance de nascimento espontâneo em um tempo razoável diminui, e a intervenção para agilizar o parto deve ser considerada (WHO 2018)¹.

Uma metanálise (Pergialiotis et al. 2020)¹²⁰ com 13 estudos, que compreendeu 337.845 parturientes, demonstrou que o segundo estágio prolongado foi associado a maiores

chances de hemorragia pós-parto, corioamnionite, endometrite, febre pós-parto e lesão obstétrica do esfíncter anal. A posição posterior occipital persistente e a distocia de ombro também foram mais prevalentes em comparação com as mulheres com duração normal do segundo estágio. A necessidade de internação na unidade de terapia intensiva neonatal foi maior, assim como o risco de desenvolver sepse neonatal. Por outro lado, as chances de óbito perinatal foram comparáveis entre os casos com duração prolongada e normal do segundo estágio. e neonatais.

Revisão e metanálise (Bertholdt et al. 2022)¹²¹ de 7 ensaios randomizados (1.402 mulheres) comparou a rotação manual durante o trabalho de parto para posições occipitais posteriores ou transversais e a conduta expectante. A rotação manual foi associada a uma maior taxa de parto vaginal espontâneo: 64,9% vs 59,5% (RR 1,09; IC 95%, 1,03-1,16) Essa associação deixou de ser significativa após a estratificação por paridade ou técnica utilizada. A rotação manual foi associada ao parto vaginal espontâneo apenas para a posição posterior occipital (RR 1,08; IC 95%, 1,01-1,15). Além disso, foi associado a uma redução nas posições occipitais posteriores ou transversais no parto (razão de risco, 0,64; intervalo de confiança de 95%, 0,48-0,87) e episiotomias (razão de risco, 0,84; intervalo de confiança de 95%, 0,71-0,98).

Em uma revisão sistemática de ensaios randomizados (Verma et al. 2021)¹²², incluindo 31 estudos (5.754 mulheres) a falha em alcançar um parto vaginal ocorreu em aproximadamente 7,9% dos partos com fórceps e 13,7% dos partos assistidos a vácuo (RR 0,58, IC 95% 0,39-0,88). Esta revisão fornece evidências de baixa certeza de que o fórceps pode ter maior probabilidade de obter parto vaginal e ter menores taxas de trauma fetal, mas com maior risco de trauma perineal e maior necessidade de alívio da dor em comparação com o vácuo. Houve evidências de baixa certeza de que as ventosas rígidas podem ser mais propensas a obter um parto vaginal do que as macias, mas com mais trauma fetal, enquanto as ventosas portáteis tiveram taxas de sucesso semelhantes em comparação com outras ventosas. Não houve evidência de diferença nas taxas de lacerações de terceiro ou quarto grau ou hemorragias pós-parto entre os tipos de vácuo, mas amplos intervalos de confiança em torno das estimativas indicam que mais pesquisas são necessárias nessa área.

O Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG 2020)¹²³ não recomenda a realização rotineira de tentativas sequenciais de parto vaginal operatório usando diferentes instrumentos devido ao maior potencial de lesão materna e/ou fetal. Dados populacionais relataram aumento da morbidade materna e neonatal da aplicação sequencial de vácuo e fórceps, embora alguns estudos não tenham demonstrado efeitos adversos do uso sequencial de vácuo e fórceps. Para a parturienta o uso sequencial de vácuo e fórceps têm sido associados a taxas aumentadas de lacerações

de terceiro/quarto grau e hemorragia pós-parto. Para o neonato, o uso sequencial desses instrumentos tem sido associado ao aumento das taxas de hematomas subdurais e hemorragia intracraniana.

Recomendações

- No prolongamento do segundo período do parto a parturiente deve ser assistida por um médico obstetra.
- Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela mulher, deve-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, tais como suporte, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.
- Se houver prolongamento do segundo período do parto, ou se a mulher estiver excessivamente exausta, promover medidas de apoio e avaliar a necessidade de analgesia/anestesia.
- Para as nulíparas, quando houver demora na progressão (em termos de rotação ou descida da apresentação) após uma hora do segundo estágio, suspeitar de período expulsivo prolongado, e considerar realização da amniotomia se as membranas estiverem intactas.
- Para as múltiparas, quando houver demora na progressão (em termos de rotação ou descida da apresentação) após 30 minutos do segundo estágio, suspeitar de período expulsivo prolongado, e considerar realização da amniotomia se as membranas estiverem intactas.
- As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Em nulíparas, o período expulsivo geralmente é concluído em até 3 horas, enquanto que, em múltiparas, o período expulsivo geralmente é concluído em 2 horas.
- Ainda é incerta a necessidade de avaliação ultrassonográfica da descida e posição fetal no segundo período do parto, podendo ser utilizada quando disponível.
- Se necessário e possível, a rotação manual ou digital do polo cefálico pode ser realizada.
- Considerar o uso de parto vaginal operatório (vácuo-extrator ou fórceps) se não houver segurança quanto ao bem estar fetal ou prolongamento do segundo período.
- A escolha do instrumento para o parto vaginal operatório dependerá das circunstâncias clínicas e da experiência do profissional.

- Não devem ser realizadas rotineiramente tentativas sequenciais no parto com diferentes instrumentos para o parto vaginal operatório.
- Sempre que possível, o parto instrumentalizado deve ser realizado com anestesia axial. Na impossibilidade, considerar o bloqueio regional.
- Realizar a cesariana sempre que os benefícios superarem os riscos, materno ou fetais.

12. ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO DO PARTO

O terceiro período do parto é etapa de fundamental importância na assistência ao parto, uma vez que graves complicações podem surgir nesse período. A assistência engloba diferentes manejos, entre eles o fisiológico, sem intervenção, e o manejo ativo, que inclui vários procedimentos para prevenção da hemorragia pós-parto (HPP), uma das principais causas de morte materna. As evidências sobre as melhores práticas para o manejo do terceiro período do parto devem ser avaliadas e analisadas de forma sistemática no intuito de se reduzir as suas complicações.

| 12.1 Duração e definição do terceiro período do parto

Introdução

O terceiro período do parto compreende o período de tempo desde o nascimento do bebê até a expulsão da placenta e membranas. A duração do terceiro estágio normal é geralmente considerado em até 30 minutos, entre o nascimento do bebê e a expulsão da placenta, mas não há critério universalmente aceito.

A duração média da dequitação é de cinco a seis minutos, 90% das placentas são expulsas em até 15 minutos e 97% em até 30 minutos após o nascimento (Combs & Laros 1991)¹²⁴. A incidência de hemorragia pós-parto aumenta significativamente de 10 a 19 minutos no terceiro estágio. A cada período adicional de 10 minutos na duração do terceiro estágio, o risco de desenvolver hemorragia pós-parto aumentou significativamente. A idade gestacional é o principal fator que afeta a duração do terceiro estágio: os nascimentos prematuros estão associados a um período mais longo do que os nascimentos a termo (Romero et al. 1990)¹²⁵.

Revisão da literatura

Em estudo (Dombrowski et al. 1995)¹²⁶ que verificou a duração do terceiro estágio do trabalho de parto e frequências de placentas retidas (não expelidas em 30 minutos) foram incluídos 45.852 partos únicos acima de 20 semanas de gestação de 1984 a 1992. A frequência de placentas retidas (2,0% no geral) aumentou acentuadamente entre gestações abaixo de 26 semanas e <37 semanas em comparação com o termo. A análise de sobrevivência previu que 90% das placentas sairiam espontaneamente em 180 minutos

para gestações com 20 semanas, 21 minutos com 30 semanas e 14 minutos com 40 semanas.

Um estudo (Rabie et al. 2018)¹²⁷ observacional prospectivo de gestações únicas ≥ 24 semanas analisou a perda de sangue após um parto vaginal e verificou a relação com a duração do terceiro estágio do trabalho de parto. A perda média de sangue das 600 mulheres foi de 125 mL (faixa interquartil 175) e a duração mediana do terceiro estágio do trabalho de parto foi de 5 minutos (faixa interquartil 4). As mulheres com um terceiro estágio com duração acima de 15 minutos tiveram um risco significativamente maior de perda de sangue >500 mL (RR 5,8, IC 95% 8,36-29,88). Os autores consideraram prudente considerar a extração manual da placenta em 15 minutos em vez de 30 minutos, para minimizar o risco de perda excessiva de sangue.

Um estudo retrospectivo (van Ast et al. 2019)¹²⁸ analisou a distribuição da expulsão da placenta e a incidência de hemorragia pós-parto em 7.603 partos vaginais únicos com idade gestacional superior a 32 semanas, registrados entre setembro de 2011 e 2016. A duração mediana do terceiro estágio foi de 10 minutos (intervalo interquartil 7-16 minutos). A quantidade média de perda de sangue foi de 300 mL (200-400 mL). A cada 10 minutos adicionais de duração do terceiro estágio, o risco de desenvolver hemorragia pós-parto aumentou significativamente. Em uma terceira etapa com duração superior a 60 minutos, a incidência de hemorragia pós-parto foi de 21,2% sem retirada manual da placenta e 70,3% com retirada manual. A incidência de hemorragia pós-parto aumenta significativamente de 10 a 19 minutos no terceiro estágio. As mulheres com a remoção da placenta tiveram uma porcentagem significativamente maior de hemorragia pós-parto.

Recomendações

- Considerar terceiro período prolongado depois de decorridos 30 minutos do nascimento, sem expulsão da placenta, caracterizando a retenção placentária.

| 12.2 Manejo do terceiro período do parto

Introdução

A expulsão da placenta é decorrente de uma combinação de eventos, incluindo contrações uterinas espontâneas, pressão descendente pelo desenvolvimento de hematoma retroplacentário e aumento da pressão intra-abdominal materna. O manejo do terceiro período considera duas propostas: o ativo e o fisiológico.

O manejo ativo envolve um pacote de cuidados que inclui os seguintes componentes: uso rotineiro de drogas uterotônicas, clampeamento e corte do cordão adiados, e tração controlada do cordão após sinais de separação da placenta.

O manejo fisiológico envolve um pacote de cuidados que inclui os seguintes componentes: não utilização rotineira de drogas uterotônicas, não clampear o cordão até que a pulsação cesse, e expulsão da placenta por esforço materno.

Em relação aos benefícios clínicos e riscos dos dois tipos de manejo, os benefícios do manejo ativo envolvem a redução da hemorragia pós-parto (HPP), principalmente nas medidas mais objetivas como a necessidade de transfusão sanguínea e quedas nos níveis de hemoglobina materna. No entanto, em situações particulares em que a opinião da mulher for favorável ao manejo expectante, essa deve ser respeitada quando não houver risco adicional.

Todos os seguintes uterotônicos: ocitocina, misoprostol, alcalóides do ergot e carbetocina são efetivos na redução do risco de HPP > 500mL quando comparados com placebo ou o não tratamento. Regimes de combinação de drogas podem ter alguns efeitos desejáveis adicionais em comparação com a ocitocina utilizada isoladamente no padrão atual, no entanto, estão associados a efeitos colaterais significativos, como vômitos e febre.

Revisão da literatura

Em metanálise de ensaios randomizados (Begley et al. 2019)¹²⁹ comparando o manejo ativo do terceiro período com a conduta expectante do manejo fisiológico, o manejo ativo reduziu o risco de HPP primária grave, maior que 1.000 mL, no momento do parto (8 versus 24 por 1.000; risco relativo [RR] 0,34, IC 95% 0,14-0,87), no entanto esse achado foi decorrente de evidência de qualidade muito baixa. A metanálise demonstrou também que o manejo ativo pode reduzir a incidência de anemia materna (Hb menor que 9 g/dL, 36 versus 71 por 1.000; RR 0,50, IC 95% 0,30-0,83) e reduzir a necessidade de transfusão de sangue materno (1 versus 2,9 %; RR 0,35, IC 95% 0,22-0,55). As mulheres devem receber informações sobre os benefícios e malefícios de ambos os métodos para apoiar a escolha informada quanto ao manejo do terceiro período.

Uma limitação importante dessa metanálise é que existem muitas variações possíveis no pacote de cuidados considerados no manejo ativo quanto ao tipo, dose e momento do uso de uterotônicos, tempo de clampeamento do cordão e tempo de início da tração controlada do cordão. Considerando os benefícios, em termos de medidas de redução

de hemorragia, o manejo ativo do terceiro período, recomenda-se que o manejo ativo seja adotado em todos os partos institucionais.

Em metanálise de ensaios randomizados (Gallos et al. 2018)¹³⁰, os três agentes uterotônicos mais bem classificados para prevenção de HPP \geq 500 mL foram a combinação de ergometrina mais ocitocina, combinação de misoprostol mais ocitocina e carbetocina. Há evidências de que ergometrina mais ocitocina (RR 0,70, IC 95% 0,59 a 0,84), carbetocina (RR 0,72, IC 95% 0,56 a 0,93) e misoprostol mais ocitocina (RR 0,70, IC 95% 0,58 a 0,86) podem reduzir a HPP \geq 500 mL em comparação com a ocitocina. A combinação de ergometrina mais ocitocina (RR 0,83, IC 95% 0,66 a 1,03) e misoprostol mais ocitocina (RR 0,88, IC 95% 0,70 a 1,11) fazem pouca ou nenhuma diferença no resultado de HPP \geq 1000 mL em comparação com ocitocina. Evidências de alta qualidade sugerem que o misoprostol é menos eficaz na prevenção de HPP \geq 1.000 mL quando comparado à ocitocina (RR 1,19, IC 95% 1,01 a 1,42). Misoprostol mais ocitocina reduz o uso de uterotônicos adicionais (RR 0,56, IC 95% 0,42 a 0,73, certeza alta) e provavelmente também reduz o risco de transfusão de sangue (RR 0,51, IC 95% 0,37 a 0,70, certeza moderada) quando comparado com a ocitocina. Carbetocina, prostaglandinas injetáveis e ergometrina mais ocitocina também podem reduzir o uso de uterotônicos adicionais, mas a certeza da evidência é baixa. Nenhuma diferença significativa pode ser detectada entre todos os agentes para mortes maternas ou morbidade grave, pois esses resultados foram raros nos estudos randomizados incluídos onde foram relatados. No entanto, os dois regimes de combinação foram associados a efeitos colaterais importantes. Quando comparado com a ocitocina, a combinação de misoprostol mais ocitocina aumenta a probabilidade de vômito (RR 2,11, IC 95% 1,39 a 3,18, certeza alta) e febre (RR 3,14, IC 95% 2,20 a 4,49, certeza moderada). Ergometrina mais ocitocina aumenta a probabilidade de vômito (RR 2,93, IC 95% 2,08 a 4,13, certeza moderada).

A tração controlada do cordão pode ser oferecida rotineiramente na assistência ao terceiro estágio, desde que assistência seja prestada por um profissional treinado. O procedimento facilita o descolamento e a expulsão da placenta. Foi realizada metanálise (Du et al. 2014)¹³¹ de estudos randomizados comparando a tração controlada do cordão com uma abordagem sem tração. A tração controlada do cordão reduziu a incidência de HPP em geral (RR 0,93, IC 95% 0,87-0,99; NNT 111, IC 95% 61-666), bem como a remoção manual da placenta (RR 0,70, IC 95% 0,58-0,84) e duração do terceiro estágio (diferença média -3,20, IC 95% -3,21 a -3,19). Nenhuma diferença significativa foi encontrada entre a tração controlada do cordão e o manejo sem intervenção, com relação à incidência de HPP grave (RR 0,91, IC 95% 0,77-1,08), necessidade de transfusão de sangue (RR 0,96, IC 95% 0,69-1,33) ou uso terapêutico de uterotônicos (RR 0,94, IC 95% 0,88-1,01).

A tração controlada do cordão tem a vantagem de reduzir o risco de extração manual da placenta sugerindo que pode ser oferecida rotineiramente durante o terceiro estágio. Em metanálise que incluiu dois ensaios, 27.665 mulheres, a remoção manual da placenta foi reduzida com a tração controlada do cordão (RR 0,69, IC 95% 0,57 a 0,83). No entanto, a redução na remoção manual ocorreu principalmente em locais onde a ergometrina foi usada rotineiramente. Entre os desfechos secundários, houve reduções na perda de sangue ≥ 500 mL (três ensaios, 27.454 mulheres; RR 0,93, IC 95% 0,88 a 0,99), perda média de sangue (dois ensaios, 27.255 mulheres; diferença média -10,85 mL, IC 95% -16,73 a -4,98) e duração do terceiro estágio do trabalho de parto (dois ensaios, 27.360 mulheres; diferença média padronizada -0,57, -0,59 a -0,54). Os autores ressaltam que para as mulheres que preferem uma abordagem menos intervencionista, quando um agente uterotônico é usado, o uso rotineiro da tração controlada do cordão pode ser omitido do manejo ativo do terceiro período (Hofmeyr et al. 2015)¹³².

Apesar de os benefícios da tração controlada do cordão serem pequenos, não há riscos significativos, se realizada de forma adequada por profissional competente. A tração excessiva pode resultar em avulsão do cordão ou inversão uterina. Portanto, quando realizado por profissionais capacitados, a tração controlada do cordão umbilical é recomendada. (WHO 2018)¹

Quanto ao uso de uterotônicos para a prevenção de HPP durante o terceiro estágio do parto, a ocitocina (10 UI, IM) é o medicamento uterotônico de escolha, pela maior disponibilidade nos serviços e fácil padronização de uso (ACOG 2017)¹³³. A ocitocina administrada em bolus IV é eficaz, mas a segurança dessa via tem sido questionada devido a relatos de casos de hipotensão significativa associada à injeção rápida, que pode levar a isquemia miocárdica, colapso cardiovascular e morte (Svanströmet al. 2008, Archer et al. 2008, Jonsson et al. 2010)¹³⁴⁻¹³⁶.

Em locais onde a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (derivados do ergot ou a combinação fixa de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol oral (600 µg) é recomendado. (WHO 2018)¹

Deve-se ter cautela ao optar por derivados do ergot para a prevenção da HPP, pois esses medicamentos têm contraindicações claras em mulheres com distúrbios hipertensivos. Assim, provavelmente é mais seguro evitar o uso de derivados do ergot em populações não rastreadas.

No Brasil, em relação ao uso de recursos e benefícios para a saúde, a via intramuscular é a mais fácil. Além disso, a ocitocina é eficaz, apresenta menor custo operacional e

associa-se a menos efeitos colaterais. Em termos de custo/efetividade, a ocitocina provavelmente é mais vantajosa na realidade brasileira.

A injeção na veia umbilical não é eficaz na prevenção da HPP, e não é recomendada (Mori et al. 2012)¹³⁷.

Recomendações

- O manejo ativo do terceiro período deve ser adotado em todos os partos institucionais.
- A tração controlada do cordão pode ser oferecida rotineiramente na assistência ao terceiro estágio, desde que assistência seja prestada por um profissional treinado.
- O uso de uterotônicos para a prevenção de HPP durante o terceiro estágio do parto é recomendado para todos os partos, e a ocitocina (10 UI, IM) é o medicamento uterotônico de escolha.
- A injeção na veia umbilical não é eficaz na prevenção da HPP, e não é recomendada.

| 12.3 Momento de clameamento do cordão

Introdução

O clameamento tardio do cordão traz benefícios ao recém-nascido tanto em partos a termo como prematuros (McDonald et al. 2013, Li et al. 2021)^{138, 139}. Não parece trazer benefícios ou danos à saúde materna, tanto no parto vaginal como na cesárea (Rabe et al. 2019, Qian et al. 2019, Purisch et al. 2019)¹⁴⁰⁻¹⁴². Portanto, é recomendado o clameamento tardio do cordão umbilical após o nascimento, quando o recém-nascido se apresenta vigoroso.

A Portaria Nº 371 de 2014 (Brasil 2014)¹⁴³, do Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde, institui que, para recém-nascidos a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se proceder ao clameamento do cordão umbilical em, aproximadamente, 1 a 3 minutos.

A principal vantagem do clameamento tardio do cordão umbilical é o aumento dos estoques de ferro do bebê aos seis meses de idade.

Prevenir ou reduzir a ocorrência de deficiência de ferro em lactentes pode ter efeitos favoráveis no desenvolvimento a longo prazo.

Revisão da literatura

Em metanálise de 15 ensaios randomizados (McDonald et al. 2013)¹³⁸ incluindo 3.911 pares de mães e recém-nascidos a termo, em que foi avaliado o clampeamento precoce comparado ao tardio do cordão umbilical (dois a três minutos após o nascimento). O clampeamento tardio do cordão resultou em maiores níveis de hemoglobina neonatal em 24 a 48 horas após o nascimento (diferença média 1,49 g/dL, IC 95% 1,21-1,78); menor proporção de lactentes com deficiência de ferro aos três a seis meses de idade (8 versus 14 %; RR de deficiência de ferro com clampeamento precoce: 2,65, IC 95% 1,04 a 6,73); aumento de 40% em recém-nascidos que necessitam de fototerapia para icterícia (4,36 versus 2,74 %; RR de fototerapia com clampeamento precoce: 0,62, IC 95% 0,41-0,96).

Portanto, recomenda-se que o clampeamento do cordão seja adiado por pelo menos 60 segundos para recém-nascidos com 34 semanas ou mais que não demandem ressuscitação imediata (Wyckoff et al. 2021)¹⁴⁴. Para recém-nascidos prematuros com menos de 34 semanas, o clampeamento do cordão deve ser adiado ao menos 60 segundos. O ACOG recomenda adiar o clampeamento do cordão umbilical por ao menos 60 segundos após o nascimento, em bebês prematuros vigorosos (ACOG 2020)¹²³ Aproximadamente 75% do sangue disponível para transfusão de placenta para feto é transfundido no primeiro minuto após o nascimento (Lainez Villabona et al. 2005)¹⁴⁵.

A gravidez gemelar monocoriônica é uma contraindicação para o clampeamento tardio do cordão porque a transfusão de sangue entre gêmeos aguda e grande pode ocorrer durante o trabalho de parto e nascimento, e a direção da transfusão não é previsível (Lopriore et al. 2014)¹⁴⁶.

O clampeamento tardio do cordão não prejudica a realização do contato pele a pele imediato. Não há necessidade de manipulação do recém-nascido pelos profissionais de saúde nos primeiros minutos da sua vida, o que trará, para mãe e filho, uma vivência positiva.

Recomendações

- Adiar o clampeamento do cordão umbilical ao menos 60 segundos para recém-nascidos com 34 semanas ou mais que não demandem ressuscitação imediata.
- Adiar o clampeamento do cordão umbilical ao menos 60 segundos para recém-nascidos prematuros com menos de 34 semanas que não demandem ressuscitação imediata.

| 12.4 Expulsão e revisão da placenta

Introdução

Na expulsão da placenta, à medida que a ela emerge da vagina, as membranas deslizam atrás dela. Recomenda-se girar lentamente a placenta, em círculos, à medida que ela é expelida, ou segurar as membranas com uma pinça, o que ajuda a evitar que as membranas se rompam e possivelmente fiquem retidas na cavidade uterina.

O exame placentário é passo recomendado na assistência ao terceiro período. A placenta, o cordão umbilical e as membranas fetais devem ser sistematicamente examinadas (Baergen 2018)¹⁴⁷. O lado fetal da placenta é avaliado quanto a qualquer evidência de tumores, cistos ou vasos cursando para a borda da placenta e para dentro das membranas, o que pode sugerir a existência de um lobo placentário succenturiado. O lado materno é verificado quanto à ocorrência de eventual retenção de cotilédone placentário, presença de áreas sugestivas de hematomas, infartos ou calcificações. O número de vasos no cordão deve ser observado.

Recomendações

- Na expulsão da placenta, à medida que a ela emerge da vagina, recomenda-se girar lentamente a placenta, para evitar que as membranas se rompam e possivelmente fiquem retidas na cavidade uterina.
- A placenta, o cordão umbilical e as membranas fetais devem ser sistematicamente examinados.

| 12.5 Revisão perineal e reparo de lacerações

Introdução

Uma laceração perineal pode ocorrer durante qualquer parto. Os principais fatores de risco para lacerações perineais de terceiro e quarto graus são nuliparidade, parto

vaginal assistido por fórceps ou vácuo, episiotomia mediana e nascimento de recém-nascido macrossômico.

O reparo de laceração perineal deve ser realizado com anestesia adequada, e a extensão e descrição da localização da laceração devem ser anotados no prontuário. O exame retal após o reparo perineal somente deve ser realizado quando houver suspeita de sutura colocada inadvertidamente através da mucosa retal. Se forem identificadas suturas da mucosa, desmonta-se o reparo e é realizada a ressutura, apesar de não haver evidências de que os pontos transmucosos aumentem o risco de formação de fístula (Schinkel et al. 2010)¹⁴⁸.

Revisão da literatura

Um estudo (Landy et al. 2011)¹⁴⁹ buscou caracterizar fatores de risco potencialmente modificáveis para lacerações perineais de terceiro ou quarto grau. Foram coletados registros médicos eletrônicos de 19 hospitais em 12 instituições (228.668 partos de 2002 a 2008). Informações sobre as características do paciente, complicações pré-natais, dados de trabalho de parto e parto e resultados maternos e neonatais foram coletados. Apenas mulheres com partos vaginais bem-sucedidos de fetos únicos cefálicos com 34 semanas de gestação ou mais foram incluídas. Um total de 87.267 e 71.170 mulheres foram analisadas para lacerações de terceiro ou quarto grau e cervical, respectivamente. Lacerações de terceiro ou quarto grau ocorreram em 2.516 mulheres (2.223 nulíparas [5,8%], 293 [0,6%] multíparas) e lacerações cervicais ocorreram em 536 mulheres (324 nulíparas [1,1%], 212 multíparas [0,5%]). Os riscos de lacerações de terceiro ou quarto grau incluíram nuliparidade (risco 7,2 vezes maior), ser asiático, aumento do peso ao nascer, parto vaginal operatório, episiotomia e segundo estágio mais longo do trabalho de parto. Os autores concluem que muitos fatores de risco identificados podem não ser modificáveis.

Uma revisão sistemática (Pergialiotis et al. 2020)¹⁵⁰ foi realizada para investigar a importância de fatores maternos, fetais e características intraparto na previsão de lacerações perineais graves. Quarenta e três artigos foram incluídos e a população analisada atingiu 716.031 parturientes, das quais 22.280 (3,1%) sofreram lacerações perineais de terceiro e quarto graus. Vários fatores de risco foram identificados. Parto vaginal operatório (RR 3,38, IC 95% 2,21 - 5,18), episiotomia na linha média (RR 2,88, IC 95% 1,79 - 4,65) e variedade de posição occipital posterior persistente (RR 2,73, IC 95% 2,08 - 3,58) foram associados ao maior risco de desenvolver lacerações perineais graves. A episiotomia mediolateral não aumentou, mas também não foi protetora contra lacerações perineais (RR 1,55, IC 95% 0,95 - 2,53). Vários fatores contribuem para o desenvolvimento de lacerações perineais graves. A presente meta-análise apresenta

dados acumulados que podem ajudar os médicos a estimar os riscos e fornecer aconselhamento adequado ao paciente.

Recomendações

- O reparo de laceração perineal deve ser realizado com anestesia adequada, e a extensão e descrição da localização da laceração devem ser anotadas no prontuário.

| 12.6 Massagem uterina

Introdução

Faltam evidências sobre o papel da massagem uterina na prevenção da HPP quando nenhum medicamento uterotônico é usado (Angarita & Berghella 2022)¹⁵¹, ou se um uterotônico diferente da ocitocina é utilizado. Um pequeno estudo relatou que a massagem uterina sustentada e a expulsão do coágulo estavam associadas a uma redução no uso de uterotônicos adicionais, mas faltam evidências robustas que apoiem outros benefícios.

A avaliação rotineira e frequente do tônus uterino continua uma parte crucial dos cuidados pós-parto imediato, principalmente para a otimização do diagnóstico precoce da HPP.

Revisão da literatura

Uma revisão sistemática da Cochrane (Hofmeyr et al. 2013)¹⁵² foi realizada para determinar a eficácia da massagem uterina após o nascimento e antes ou depois da expulsão da placenta, ou ambos, para reduzir a perda de sangue pós-parto e a morbidade e mortalidade associadas. Esta revisão incluiu dois ensaios clínicos randomizados. O número de mulheres com perda de sangue superior a 500 mL foi pequeno, sem diferença estatisticamente significativa (razão de risco (RR) 0,52, intervalo de confiança (IC) de 95% 0,16 a 1,67). Não houve casos de retenção de placenta em nenhum dos grupos. A perda média de sangue foi significativamente menor no grupo de massagem uterina aos 30 minutos (diferença média (MD) -41,60 mL, 95% CI -75,16 a -8,04) e 60 minutos após a entrada no estudo (MD -77,40 mL, 95% CI -118,71 a -36,09). Os dois ensaios foram combinados para examinar o efeito da massagem uterina iniciada antes ou depois da expulsão da placenta. Houve heterogeneidade substancial em relação à perda de sangue de 500 mL ou mais após a entrada no estudo. O efeito médio usando um modelo de efeitos aleatórios não

encontrou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (RR médio 1,14, IC 95% 0,39 a 3,32; efeitos aleatórios). Conclusões dos autores: Os resultados desta revisão são inconclusivos e não devem ser interpretados como uma razão para mudar a prática atual. Todas as mulheres comparadas nesta revisão receberam ocitocina como parte do manejo ativo do trabalho de parto. Pesquisas recentes sugerem que, uma vez administrado um ocitócico, há espaço limitado para uma redução adicional na perda de sangue pós-parto.

Recomendações

- A massagem uterina sustentada não é recomendada como intervenção para prevenir HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática.

| 12.7 Interação mãe-filho

Introdução

O contato pele a pele ajuda a estabilizar os parâmetros fisiológicos neonatais, promover a amamentação exclusiva e apoiar o vínculo materno filial (Gupta et al. 2021)¹⁵³. Na ausência de complicações maternas ou neonatais, um bebê a termo saudável deve ser seco para minimizar a perda de calor e dado à mãe. Mães e bebês podem obter os benefícios do contato pele a pele na sala de parto, mesmo para os recém-nascidos pré-termo (Mehler et al. 2020)¹⁵⁴.

A localização do recém-nascido (acima ou abaixo do nível da placenta) antes do clameamento do cordão não parece afetar significativamente o volume de transfusão de placenta para recém-nascido (Vain et al. 2014)¹⁵⁵. Portanto, a preocupação com o volume transfusional não deve influenciar a decisão de colocar o recém-nascido no abdome da mãe.

Revisão da literatura

Em metanálise (Moore et al. 2016)¹⁵⁶ que incluiu 38 ensaios (3.472 participantes), foi observado que o contato precoce pele a pele entre mães e seus recém-nascidos saudáveis. Aumentou as chances de aleitamento materno exclusivo no primeiro mês após o nascimento (83,5 versus 64,2 %; OR 1,30, IC 95% 1,12-1,49); Aumentou a chance de amamentar aos quatro meses (OR 1,24, IC 95% 1,07- 1,43); Aumentou a estabilidade do sistema cardiorrespiratório em prematuros, durante as primeiras seis horas após o nascimento, (diferença média padronizada 1,24, IC 95% 0,76-1,72). Evidências apoiam o contato pele a pele para promover a amamentação. No entanto, estudos com

amostras maiores são necessários para confirmar o benefício fisiológico para lactentes durante a transição para a vida extrauterina e para estabelecer possíveis efeitos dose-resposta e tempo ideal de iniciação.

Quanto ao início precoce do aleitamento materno, dentro de uma hora após o nascimento, e o aleitamento materno exclusivo durante o primeiro mês de vida, ambos têm mostrado benefícios substanciais na redução da mortalidade e morbidade neonatal e devem ser garantidos. Vários benefícios maternos existem também.

Recomendações

- Na ausência de complicações maternas ou neonatais, deve ser garantido o contato pele a pele no parto a termo com recém-nascido saudável.
- O aleitamento materno, dentro de uma hora após o nascimento deve ser garantido.

REFERÊNCIAS

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao parto da gestante de risco obstétrico habitual. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo n. 94/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).
3. Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, McCourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silverton L, Stewart M. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 2011 Nov 23;343:d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400.
4. Grünebaum A, McCullough LB, Orosz B, Chervenak FA. Neonatal mortality in the United States is related to location of birth (hospital versus home) rather than the type of birth attendant. *Am J Obstet Gynecol*. 2020 Aug;223(2):254.e1-254.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.045.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Nota técnica Nº 2/2021-CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Disponível em <https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211_N_NTPARTODOMI_CILIAR_6784229184478666706.pdf> Acesso em 11/12/2022.
6. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 28;4(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
7. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 May;186(5 Suppl Nature):S160-72. doi: 10.1067/mob.2002.121141.
8. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004 Mar;31(1):17-27. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x.

9. Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*. 2003 Dec;30(4):235-47. doi: 10.1046/j.1523-536x.2003.00253.x.
10. Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*. 1999 Nov;47(5):471-82. doi: 10.1016/s0022-3999(99)00043-4.
11. Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labor and birth: a survey of 790 Australian women. *Birth*. 1994 Mar;21(1):4-13. doi: 10.1111/j.1523-536x.1994.tb00909.x.
12. Brown S, Lumley J. Changing childbirth: lessons from an Australian survey of 1336 women. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Feb;105(2):143-55. doi: 10.1111/j.1471-0528.1998.tb10044.x.
13. Ayling L, Henry A, Tracy S, Donkin C, Kasparian NA, Welsh AW. How well do women understand and remember information in labour versus in late pregnancy? A pilot randomised study. *Obstet Gynaecol*. 2019 Oct;39(7):913-921. doi: 10.1080/01443615.2019.1575341.
14. International Federation of Gynecology and Obstetrics. FIGO Statement – A Model for Safe Childbirth. 2021. Available from: www.figo.org/resources/figo-statements/model-safe-childbirth.
15. Brasil. Lei Federal Nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
16. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 6;7(7):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
17. Mendelson CL. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *Am J Obstet Gynecol*. 1946 Aug;52:191-205. doi: 10.1016/s0002-9378(16)39829-5.
18. Alhafez L, Berghella V. Evidence-based labor management: first stage of labor (part 3). *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 Nov;2(4):100185. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100185.
19. Ehsanipoor RM, Saccone G, Seligman NS, Pierce-Williams RAM, Ciardulli A, Berghella V. Intravenous fluid rate for reduction of cesarean delivery rate in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 Jul;96(7):804-811. doi: 10.1111/aogs.13121.

20. Riegel M, Quist-Nelson J, Saccone G, Locci M, Shrivastava VK, Salim R, Fisher A, Nordstrom L, Kunselman AR, Repke J, Fong A, Smulian J, Xodo S, Mokhtari N, Zullo F, Berghella V. Dextrose intravenous fluid therapy in labor reduces the length of the first stage of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Sep;228:284-294. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.07.019.
21. Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Tolosa JE. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV). *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Sep 14;2014(9):CD004070. doi: 10.1002/14651858.CD004070.pub3.
22. Wiysonge CS, Shey MS, Shang JD, Sterne JA, Brocklehurst P. Vaginal disinfection for preventing mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Oct 19;(4):CD003651. doi: 10.1002/14651858.CD003651.pub2.
23. Caughey AB, Tilden E. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. 2022. In Lockwood CJ, Eckler K. *UpToDate* 2022: https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-approaches-to-management-of-labor-pain?search=pain%20labor%20&source=search_result&selectedTitle=2~130&usage_type=default&display_rank=2
24. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14;2012(3):CD009234. doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2.
25. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.
26. 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 25;5(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
27. Delgado A, Maia T, Melo RS, Lemos A. Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract.* 2019 May;35:92-101. doi: 10.1016/j.ctcp.2019.01.015.
28. Grenvik JM, Rosenthal E, Wey S, Saccone G, De Vivo V, De Prisco Lcp A, Delgado García BE, Berghella V. Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Dec;35(25):5184-5193. doi: 10.1080/14767058.2021.1875439.

29. Stillerman E. Prenatal Massage: A Textbook of Pregnancy, Labor, and Postpartum Massage, Mosby Elsevier, Philadelphia 2008
30. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med.* 2008 Mar 14;6:7. doi: 10.1186/1741-7015-6-7.
31. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Mar 28;3(3):CD009290. doi: 10.1002/14651858.CD009290.pub3.
32. Taavoni S, Abdollahian S, Haghani H. Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: a randomized, controlled trial study. *Pain Med.* 2013 Sep;14(9):1301-6. doi: 10.1111/pme.12161.
33. Boaviagem A, Melo Junior E, Lubambo L, Sousa P, Aragão C, Albuquerque S, Lemos A. The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety during the first period of labor: A randomized controlled clinical trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2017 Feb;26:30-35. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.11.004.
34. Leutenegger V, Grylka-Baeschlin S, Wieber F, Daly D, Pehlke-Milde J. The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Nov 19;22(1):856. doi: 10.1186/s12884-022-05178-w.
35. Stark MA. Therapeutic showering in labor. *Clin Nurs Res.* 2013 Aug;22(3):359-74. doi: 10.1177/1054773812471972.
36. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2013 Jan-Feb;42(1):19-28. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x.
37. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 May 16;5(5):CD000111. doi: 10.1002/14651858.CD000111.pub4.
38. Committee Opinion No. 679: Immersion in Water During Labor and Delivery. *Obstet Gynecol.* 2016 Nov;128(5):e231-e236. doi: 10.1097/AOG.0000000000001771.

39. Liu YH, Chang MY, Chen CH. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs*. 2010 Apr;19(7-8):1065-72. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x.
40. Yazdkhasti M, Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complement Ther Clin Pract*. 2016 Nov;25:81-86. doi: 10.1016/j.ctcp.2016.08.008.
41. Chen SF, Wang CH, Chan PT, Chiang HW, Hu TM, Tam KW, Loh EW. Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women Birth*. 2019 Aug;32(4):327-335. doi: 10.1016/j.wombi.2018.09.010.
42. Luo T, Huang M, Xia H, Zeng Y. Aromatherapy for laboring women: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Open Journal of Nursing*. 2014; 4:163.
43. Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, Mesgarpour B. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Feb 7;2(2):CD009232. doi: 10.1002/14651858.CD009232.pub2.
44. Newham JJ, Wittkowski A, Hurley J, Aplin JD, Westwood M. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Depress Anxiety*. 2014 Aug;31(8):631-40. doi: 10.1002/da.22268.
45. Babbar S, Parks-Savage AC, Chauhan SP. Yoga during pregnancy: a review. *Am J Perinatol*. 2012 Jun;29(6):459-64. doi: 10.1055/s-0032-1304828.
46. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 May 19;2016(5):CD009356. doi: 10.1002/14651858.CD009356.pub3.
47. Barragán Loayza IM, Solà I, Juandó Prats C. Biofeedback for pain management during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jun 15;(6):CD006168. doi: 10.1002/14651858.CD006168.pub2.
48. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD007214. doi: 10.1002/14651858.CD007214.pub2.
49. Santana LS, Gallo RB, Ferreira CH, Duarte G, Quintana SM, Marcolin AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and

- postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *J Physiother.* 2016 Jan;62(1):29-34. doi: 10.1016/j.jphys.2015.11.002.
50. Shiferaw A, Temesgen B, Alamirew NM, Wube T, Worku Y. Utilization of labor pain management methods and associated factors among obstetric care givers at public health institutions of East Gojjam Zone, Amhara region, Ethiopia, 2020: a facility based cross - sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022 Nov 1;22(1):803. doi: 10.1186/s12884-022-05094-z.
51. Kronberg JE, Thompson DEA. Is nitrous oxide an effective analgesic for labor? A qualitative systematic review. In: *Evidence-based obstetric anesthesia*, 2nd ed, Halpern SH, Douglas MJ (Eds), Blackwell, Massachusetts 2006. p.38.
52. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996 Oct;103(10):968-72. doi: 10.1111/j.1471-0528.1996.tb09545.x.
53. Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jun 5;6(6):CD007396. doi: 10.1002/14651858.CD007396.pub3.
54. Bellussi F, Livi A, Diglio J, Lenzi J, Magnani L, Pilu G. Timing of induction for term prelabor rupture of membranes and intravenous antibiotics. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2021 Jan;3(1):100245. doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100245.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
56. Sénat MV, Schmitz T, Bouchghoul H, Diguisto C, Girault A, Paysant S, Sibiude J, Lassel L, Sentilhes L. Term prelabor rupture of membranes: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Aug;35(16):3105-3109. doi: 10.1080/14767058.2020.1810230.
57. Saccone G, Berghella V. Antibiotic prophylaxis for term or near-term premature rupture of membranes: metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 May;212(5):627.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2014.12.034.

58. Bellussi F, Seidenari A, Juckett L, Di Mascio D, Berghella V. Induction within or after 12 hours of ≥ 36 weeks' prelabor rupture of membranes: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Sep;3(5):100425. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100425.
59. Melamed N, Berghella V, Ananth CV, Lipworth H, Yoon EW, Barrett J. Optimal timing of labor induction after prelabor rupture of membranes at term: a secondary analysis of the TERMPROM study. *Am J Obstet Gynecol*. 2022 Sep 15;S0002-9378(22)00742-6. doi: 10.1016/j.ajog.2022.09.018.
60. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL, Wang EE, Weston JA, Willan AR. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. TERMPROM Study Group. *N Engl J Med*. 1996 Apr 18;334(16):1005-10. doi: 10.1056/NEJM199604183341601.
61. Romero R, Hanaoka S, Mazor M, Athanassiadis AP, Callahan R, Hsu YC, Avila C, Nores J, Jimenez C. Meconium-stained amniotic fluid: a risk factor for microbial invasion of the amniotic cavity. *Am J Obstet Gynecol*. 1991 Mar;164(3):859-62. doi: 10.1016/0002-9378(91)90529-z.
62. Rao S, Pavlova Z, Incerpi MH, Ramanathan R. Meconium-stained amniotic fluid and neonatal morbidity in near-term and term deliveries with acute histologic chorioamnionitis and/or funisitis. *J Perinatol*. 2001 Dec;21(8):537-40. doi: 10.1038/sj.jp.7210564.
63. Mazor M, Furman B, Wiznitzer A, Shoham-Vardi I, Cohen J, Ghezzi F. Maternal and perinatal outcome of patients with preterm labor and meconium-stained amniotic fluid. *Obstet Gynecol*. 1995 Nov;86(5):830-3. doi: 10.1016/0029-7844(95)00265-5.
64. Trapani Junior A, Faust LW, Trapani TF. Cesárea: indicações. SP, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018 (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, No 106/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).
65. Balchin I, Whittaker JC, Lamont RF, Steer PJ. Maternal and fetal characteristics associated with meconium-stained amniotic fluid. *Obstet Gynecol*. 2011 Apr;117(4):828-835. doi: 10.1097/AOG.ob013e3182117a26.
66. Addisu D, Asres A, Gedefaw G, Asmer S. Prevalence of meconium stained amniotic fluid and its associated factors among women who gave birth at term in Felege Hiwot comprehensive specialized referral hospital, North West Ethiopia: a facility based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Oct 30;18(1):429. doi: 10.1186/s12884-018-2056-y.

67. Levin G, Tsur A, Shai D, Cahan T, Shapira M, Meyer R. Prediction of adverse neonatal outcome among newborns born through meconium-stained amniotic fluid. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021 Sep;154(3):515-520. doi: 10.1002/ijgo.13592.
68. Rodríguez Fernández V, Ramón Y Cajal CNL, Ortiz EM, Naveira EC. Intrapartum and perinatal results associated with different degrees of staining of meconium stained amniotic fluid. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 May;224:192-197. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.029.
69. Hirsch L, Krispin E, Aviram A, Wiznitzer A, Yogev Y, Ashwal E. Effect of Meconium-Stained Amniotic Fluid on Perinatal Complications in Low-Risk Pregnancies at Term. *Am J Perinatol.* 2016 Mar;33(4):378-84. doi: 10.1055/s-0035-1565989.
70. Adnan M, Mydam J, Hageman JR, Cohen L. Fetal Heart Tracing Patterns and the Outcomes of Newborns With Meconium-Stained Amniotic Fluid. *Cureus.* 2022 Apr 28;14(4):e24545. doi: 10.7759/cureus.24545.
71. Shai D, Mazaki-Tovi S, Hendler I, Meyer R, Cahan T, Shapira M, Sivan E, Barzilay E, Haas J. Predictive value of new onset versus primary meconium-stained amniotic fluid. *Birth.* 2022 Dec;49(4):805-811. doi: 10.1111/birt.12648.
72. 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 26;1(1):CD005122. doi: 10.1002/14651858.CD005122.pub5.
73. 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 Jan-Feb;20(1):5-9. doi: 10.1159/000081359.
74. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, Janssen PA. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016 Apr 2;16:71. doi: 10.1186/s12884-016-0857-4.
75. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, Perdoná G, Souza JP, Gülmezoglu AM. Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG.* 2018 Jul;125(8):944-954. doi: 10.1111/1471-0528.14930.

76. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, Souza JP, Gülmezoglu AM. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Apr;223:123-132. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.02.026.
77. Peisner DB, Rosen MG. Latent phase of labor in normal patients: a reassessment. *Obstet Gynecol.* 1985 Nov;66(5):644-8. PMID: 4058822.
78. Ijaiya MA, Aboyeji AP, Fakeye OO, Balogun OR, Nwachukwu DC, Abiodun MO. Pattern of cervical dilatation among parturients in Ilorin, Nigeria. *Ann Afr Med.* 2009 Jul-Sep;8(3):181-4. doi: 10.4103/1596-3519.57243.
79. Velasco A, Franco A, Reyes F. Nomograma de la dilatación del cervix en el parto [Nomogram of the dilatation of the cervix in childbirth]. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 1985;36(5):323-7
80. Juntunen K, Kirkinen P. Partogram of a grand multipara: different descent slope compared with an ordinary parturient. *J Perinat Med.* 1994;22(3):213-8. doi: 10.1515/jpme.1994.22.3.213.
81. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2010a Apr;115(4):705-710. doi: 10.1097/AOG.ob013e3181d55925.
82. Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010b Dec;116(6):1281-1287. doi: 10.1097/AOG.ob013e3181fdef6e.
83. Oladapo OT, Souza JP, Fawole B, Mugerwa K, Perdoná G, Alves D, et al. Progression of the first stage of spontaneous labour: A prospective cohort study in two sub-Saharan African countries. *PLoS Med.* 2018 Jan 16;15(1):e1002492. doi: 10.1371/journal.pmed.1002492.
84. Neal JL, Lowe NK, Ahijevych KL, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. "Active labor" duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review. *J Midwifery Womens Health.* 2010 Jul-Aug;55(4):308-18. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.08.004.
85. Ashwal E, Livne MY, Benichou JIC, Unger R, Hirsch L, Aviram A, et al. Contemporary patterns of labor in nulliparous and multiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Mar;222(3):267.e1-267.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2019.09.035.
86. Souza JP, Oladapo OT, Fawole B, Mugerwa K, Reis R, Barbosa-Junior F, et al. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth

- outcomes: a diagnostic accuracy study. *BJOG*. 2018 Jul;125(8):991-1000. doi: 10.1111/1471-0528.15205.
87. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018 Apr 17;13(4):e0194906. doi: 10.1371/journal.pone.0194906.
88. World Health Organization 2015. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pdf;jsessionid=095F96625052AE55B4F595E9FA3F6663?sequence=1 Acesso em 01/12/2022.
89. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, Nagata C, Mori R. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 20;4(4):CD011516. doi: 10.1002/14651858.CD011516.pub2.
90. McNiven PS, Williams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth*. 1998 Mar;25(1):5-10. doi: 10.1046/j.1523-536x.1998.00005.x.
91. 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 30;3(3):CD000161. doi: 10.1002/14651858.CD000161.pub2.
92. Liselele HB, Boulvain M, Tshibangu KC, Meuris S. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study. *BJOG*. 2000 Aug;107(8):947-52. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb10394.x.
93. Rozenholc AT, Ako SN, Leke RJ, Boulvain M. The diagnostic accuracy of external pelvimetry and maternal height to predict dystocia in nulliparous women: a study in Cameroon. *BJOG*. 2007 May;114(5):630-5. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01294.x.
94. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 9;(10):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub4.
95. Martis R, Emilia O, Nurdiati DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 13;2(2):CD008680. doi: 10.1002/14651858.CD008680.pub2.

96. 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 3;2(2):CD006066. doi: 10.1002/14651858.CD006066.pub3.
97. Ollerhead E, Osrin D. Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014 Aug 16;14:281. doi: 10.1186/1471-2393-14-281.
98. Bedwell C, Levin K, Pett C, Lavender DT. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017 Jan 13;17(1):31. doi: 10.1186/s12884-016-1213-4.
99. Lavender T, Cuthbert A, Smyth RM. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Aug 6;8(8):CD005461. doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub5.
100. Hofmeyr GJ, Bernitz S, Bonet M, Bucagu M, Dao B, Downe S, et al. WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care. *BJOG.* 2021 Sep;128(10):1658-1662. doi: 10.1111/1471-0528.16694.
101. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet.* 2014 Sep 20;384(9948):1129-45. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
102. Dyer RA, Butwick AJ, Carvalho B. Oxytocin for labour and caesarean delivery: implications for the anaesthesiologist. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2011;24(3):255-261. doi: 10.1097/ACO.ob013e328345331c.
103. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 18;(6):CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub4.
104. Cohen GR, O'Brien WF, Lewis L, Knuppel RA. A prospective randomized study of the aggressive management of early labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1987 Nov;157(5):1174-7. doi: 10.1016/s0002-9378(87)80288-0.
105. Rohwer AC, Khondowe O, Young T. Antispasmodics for labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 5;2013(6):CD009243. doi: 10.1002/14651858.CD009243.pub3.

106. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol.* 2009 Aug;114(2 Pt 1):386-397. doi: 10.1097/AOG.0bo13e3181b48ef5.
107. 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 25;5(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.
108. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW. Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Nov 9;11(11):CD008070. doi: 10.1002/14651858.CD008070.pub4.
109. Vanderlaan J, Hall P. Systematic Review of Case Reports of Poor Neonatal Outcomes With Water Immersion During Labor and Birth. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2020 Oct/Dec;34(4):311-323. doi: 10.1097/JPN.0000000000000515.
110. Nolt D, O'Leary ST, Aucott SW. Risks of Infectious Diseases in Newborns Exposed to Alternative Perinatal Practices. *Pediatrics.* 2022 Feb 1;149(2):e2021055554. doi: 10.1542/peds.2021-055554.
111. Bovbjerg ML, Cheyney M, Everson C. Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort. *J Midwifery Womens Health.* 2016 Jan-Feb;61(1):11-20. doi: 10.1111/jmwh.12394.
112. Di Mascio D, Saccone G, Bellussi F, Al-Kouatly HB, Brunelli R, Benedetti Panici P, et al. Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor in women with neuraxial analgesia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 Aug;223(2):189-203. doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.002.
113. 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 Mar 26;3(3):CD009124. doi: 10.1002/14651858.CD009124.pub3.
114. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2014 Mar;123(3):693-711. doi: 10.1097/01.AOG.0000444441.04111.1d. Reaffirmed 2019.
115. Zipori Y, Grunwald O, Ginsberg Y, Beloosesky R, Weiner Z. The impact of extending the second stage of labor to prevent primary cesarean delivery

- on maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Feb;220(2):191.e1-191.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2018.10.028.
116. Jansova M, Kalis V, Rusavy Z, Räisänen S, Lobovsky L, Laine K. Fetal head size and effect of manual perineal protection. *PLoS One*. 2017 Dec 29;12(12):e0189842. doi: 10.1371/journal.pone.0189842.
117. Bulchandani S, Watts E, Sucharitha A, Yates D, Ismail KM. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2015 Aug;122(9):1157-65. doi: 10.1111/1471-0528.13431.
118. Huang J, Lu H, Zang Y, Ren L, Li C, Wang J. The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. 2020 Aug;87:102712. doi: 10.1016/j.midw.2020.102712.
119. Aquino CI, Saccone G, Troisi J, Guida M, Zullo F, Berghella V. Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020 Sep;33(18):3185-3192. doi: 10.1080/14767058.2019.1568984. Epub 2019 Jan 29.
120. Pergialiotis V, Bellos I, Antsaklis A, Papapanagiotou A, Loutradis D, Daskalakis G. Maternal and neonatal outcomes following a prolonged second stage of labor: A meta-analysis of observational studies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Sep;252:62-69. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.06.018.
121. Bertholdt C, Morel O, Zuily S, Ambroise-Grandjean G. Manual rotation of occiput posterior or transverse positions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2022 Jun;226(6):781-793. doi: 10.1016/j.ajog.2021.11.033.
122. Verma GL, Spalding JJ, Wilkinson MD, Hofmeyr GJ, Vannevel V, O'Mahony F. Instruments for assisted vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Sep 24;9(9):CD005455. doi: 10.1002/14651858.CD005455.pub3.
123. Operative Vaginal Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 219. *Obstet Gynecol*. 2020 Apr;135(4):e149-e159. doi: 10.1097/AOG.0000000000003764.
124. Combs CA, Laros RK Jr. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. *Obstet Gynecol*. 1991 Jun;77(6):863-7. PMID: 2030858.
125. Romero R, Hsu YC, Athanassiadis AP, Hagay Z, Avila C, Nores J, Roberts A, Mazor M, Hobbins JC. Preterm delivery: a risk factor for retained placenta.

- Am J Obstet Gynecol. 1990 Sep;163(3):823-5. doi: 10.1016/0002-9378(90)91076-0.
126. 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 Apr;172(4 Pt 1):1279-84. doi: 10.1016/0002-9378(95)91493-5.
127. Rabie NZ, Ounpraseuth S, Hughes D, Lang P, Wiegel M, Magann EF. Association of the Length of the Third Stage of Labor and Blood Loss Following Vaginal Delivery. South Med J. 2018 Mar;111(3):178-182. doi: 10.14423/SMJ.0000000000000778.
128. van Ast M, Goedhart MM, Luttmer R, Orelia C, Deurloo KL, Veerbeek J. The duration of the third stage in relation to postpartum hemorrhage. Birth. 2019 Dec;46(4):602-607. doi: 10.1111/birt.12441.
129. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Feb 13;2(2):CD007412. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub5.
130. Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, et al. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Dec 19;12(12):CD011689. doi: 10.1002/14651858.CD011689.pub3.
131. Du Y, Ye M, Zheng F. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014 Jul;93(7):626-33. doi: 10.1111/aogs.12424.
132. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jan 29;1(1):CD008020. doi: 10.1002/14651858.CD008020.pub2.
133. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. Obstet Gynecol. 2017 Oct;130(4):e168-e186. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351.
134. Svanström MC, Biber B, Hanes M, Johansson G, Näslund U, Bålfors EM. Signs of myocardial ischaemia after injection of oxytocin: a randomized double-blind comparison of oxytocin and methylethergometrine during Caesarean section. Br J Anaesth. 2008 May;100(5):683-9. doi: 10.1093/bja/aen071

135. Archer TL, Knape K, Liles D, Wheeler AS, Carter B. The hemodynamics of oxytocin and other vasoactive agents during neuraxial anesthesia for cesarean delivery: findings in six cases. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jul;17(3):247-54. doi: 10.1016/j.ijoa.2008.03.003.
136. Jonsson M, Hanson U, Lidell C, Nordén-Lindeberg S. ST depression at caesarean section and the relation to oxytocin dose. A randomised controlled trial. *BJOG.* 2010 Jan;117(1):76-83. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02356.x.
137. Mori R, Nardin JM, Yamamoto N, Carroli G, Weeks A. Umbilical vein injection for the routine management of third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14;(3):CD006176. doi: 10.1002/14651858.CD006176.pub2.
138. 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 11;2013(7):CD004074. doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
139. Li J, Yang S, Yang F, Wu J, Xiong F. Immediate vs delayed cord clamping in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Pract.* 2021 Nov;75(11):e14709. doi: 10.1111/ijcp.14709.
140. Rabe H, Gyte GM, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Sep 17;9(9):CD003248. doi: 10.1002/14651858.CD003248.pub4.
141. Qian Y, Ying X, Wang P, Lu Z, Hua Y. Early versus delayed umbilical cord clamping on maternal and neonatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet.* 2019 Sep;300(3):531-543. doi: 10.1007/s00404-019-05215-8.
142. Purisch SE, Ananth CV, Arditi B, Mauney L, Ajemian B, Heiderich A, et al. Effect of Delayed vs Immediate Umbilical Cord Clamping on Maternal Blood Loss in Term Cesarean Delivery: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019 Nov 19;322(19):1869-1876. doi: 10.1001/jama.2019.15995.
143. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 371, DE 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS).Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prto371_07_05_2014.html>. acesso em 30/10/2022.

144. Wyckoff MH, Singletary EM, Soar J, Olasveengen TM, Greif R, Liley HG, et al. 2021 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; First Aid Task Forces; and the COVID-19 Working Group. *Circulation*. 2022 Mar;145(9):e645-e721. doi: 10.1161/CIR.0000000000001017.
145. Lainez Villabona B, Bergel Ayllon E, Cafferata Thompson ML, Belizán Chiesa JM. 'Pinzamiento precoz o tardío del cordón umbilical? Una revisión sistemática de la literatura médica [Early or late umbilical cord clamping? A systematic review of the literature]. *An Pediatr (Barc)*. 2005 Jul;63(1):14-21. Spanish. doi: 10.1157/13076762.
146. Lopriore E, Holtkamp N, Sueters M, Middeldorp JM, Walther FJ, Oepkes D. Acute peripartum twin-twin transfusion syndrome: incidence, risk factors, placental characteristics and neonatal outcome. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014 Jan;40(1):18-24. doi: 10.1111/jog.12114.
147. Baergen RN. Indications for submission and macroscopic examination of the placenta. *APMIS*. 2018 Jul;126(7):544-550. doi: 10.1111/apm.12830.
148. Schinkel N, Colbus L, Soltner C, Parot-Schinkel E, Naar L, Fournié A, Granry JC, Beydon L. Perineal infiltration with lidocaine 1%, ropivacaine 0.75%, or placebo for episiotomy repair in parturients who received epidural labor analgesia: a double-blind randomized study. *Int J Obstet Anesth*. 2010 Jul;19(3):293-7. doi: 10.1016/j.ijoa.2009.11.005.
149. Landy HJ, Laughon SK, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol*. 2011 Mar;117(3):627-635. doi: 10.1097/AOG.obo13e31820afaf2.
150. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, Vrachnis N, Doumouchtsis SK. Risk factors for severe perineal trauma during childbirth: An updated meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020 Apr;247:94-100. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.02.025.
151. Angarita AM, Berghella V. Evidence-based labor management: third stage of labor (part 5). *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2022 Sep;4(5):100661. doi: 10.1016/j.ajogmf.2022.100661.
152. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul 1;2013(7):CD006431. doi: 10.1002/14651858.CD006431.pub3.

153. Gupta N, Deierl A, Hills E, Banerjee J. Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. *Acta Paediatr.* 2021 Aug;110(8):2310-2315. doi: 10.1111/apa.15913.
154. Mehler K, Hucklenbruch-Rother E, Trautmann-Villalba P, Becker I, Roth B, Kribs A. Delivery room skin-to-skin contact for preterm infants-A randomized clinical trial. *Acta Paediatr.* 2020 Mar;109(3):518-526. doi: 10.1111/apa.14975.
155. Vain NE, Satragno DS, Gorenstein AN, Gordillo JE, Berazategui JP, Alda MG, Prudent LM. Effect of gravity on volume of placental transfusion: a multicentre, randomised, non-inferiority trial. *Lancet.* 2014 Jul 19;384(9939):235-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60197-5.
156. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 25;11(11):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.

DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal