

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL

I. INTRODUÇÃO:

O diagnóstico de trabalho de parto se faz pela constatação de dinâmica uterina rítmica de pelo menos uma contração (com duração de 30 segundos em 10 minutos), em média 2 a 3 contrações progressivamente mais fortes, que provocam alterações de posição, consistência, esvaecimento e dilatação do colo. Geralmente é precedido de perda de tampão mucoso ("sinal") e queda do ventre (redução da altura uterina por insinuação da apresentação). Outro dado de importância é a formação da "bolsa das águas". O diagnóstico correto é imprescindível para evitar internações em falso trabalho de parto ou em fases muito precoces de sua evolução.

II. ESTÁGIOS DO PARTO:

Divide-se em 4 estágios ou períodos:

- 1º Período (período de dilatação);
- 2º Período (período expulsivo);
- 3º Período (período de dequitação);
- 4º Período (período de Greenberg ou primeira hora pós-dequitação).

1. 1º PERÍODO OU DILATAÇÃO:

Para Friedman, o período de dilatação divide-se em 2 fases, denominadas fase latente e fase ativa. O gráfico conhecido como Curva de Friedman demonstra essas fases, relacionando-as com o tempo de evolução do trabalho de parto e a dilatação cervical.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

É importante o conhecimento destas fases do período de dilatação para que haja compreensão adequada da evolução do trabalho de parto e proposta de condutas corretas.

1.1 - Fase de latência: compreende a fase de "preparo" do colo para a fase ativa da dilatação e é definida quando a dilatação cervical é menor que 4,0 cm (Neme, 2000). Caracteriza-se por contrações irregulares em intensidade e frequência, e uma velocidade de dilatação e apagamento cervical lenta e variável. Dura em média de 16 a 20 horas na primípara e 12 a 16 horas na multípara. A duração depende de influências externas como sedação, estimulação ocitócica, rotura de membranas, etc.

1.2 - Fase ativa: compreende a fase em que são evidentes as características de ritmicidade e intensidade de dinâmica e alterações plásticas do colo uterino. Para fins práticos, o seu início é quando o colo está esvaecido, a partir de 4,0 cm de dilatação cervical e a contratilidade uterina é regular (contrações regulares, de intensidade moderada a forte e duração de mais de 35-40 segundos). Termina com a dilatação completa. A velocidade de dilatação é de 0,8 a 1,5 cm/ hora. A fase ativa está subdividida em:

- a) *fase de aceleração:* curta e variável, mas importante no resultado do parto;
- b) *fase de inclinação máxima:* é boa medida da eficiência da contratilidade uterina;
- c) *fase de desaceleração:* a descida da apresentação inicia-se nesta fase e continua no período pélvico. Em algumas pacientes, principalmente nas primíparas, a descida pode se iniciar na fase de aceleração.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

Obs.: A internação deverá ocorrer, sempre que possível, no início da fase ativa do trabalho de parto. Evitar internação na fase de latência se trabalho de parto normal (bolsa íntegra, boa vitalidade fetal, ausência de sangramento, contratilidade uterina de baixa intensidade).

→ **INTERNAÇÃO:**

- *Anamnese bem detalhada;*
- *Exame físico geral e especial;*
- *Exame obstétrico:* palpação uterina, para definir situação, posição, apresentação e encaixe fetal; medida da altura uterina; ausculta de batimentos cardíacos fetais (BCF); exame de órgãos genitais externos; exame especular (se necessário, como na suspeita de bolsa rota ou casos de sangramento); toque vaginal para avaliação de condições de esvaecimento e dilatação de colo, integridade das membranas, confirmação da apresentação e de sua altura no canal de parto, variedade de posição fetal, avaliação do canal de parto (através da tentativa de atingir o promontório sacral, toque das espinhas ciáticas, avaliação do ângulo subpúbico e de distância intertuberositária).

Obs: quando forem admitidas gestantes com bolsa rota e que estejam em **franco trabalho de parto**, deve ser feito inicialmente um exame especular e, depois, devem ser tocadas. Gestantes admitidas com bolsa rota, **porém não estando em franco trabalho de parto**, deverão ser submetidas preferencialmente apenas ao exame especular, **sem** realização de toque;

- *Exames subsidiários:* quando necessários (cristalização, amnioscopia, ecografia, exames laboratoriais e cardiotocografia);
- *Hipóteses diagnósticas:* todas as hipóteses diagnósticas obstétricas e não obstétricas devem ser minuciosamente referidas, bem como o uso atual de medicamentos, intercorrências ou resultados de exames subsidiários que

	Doc. Nº 01
<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP</p>	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

sejam importantes. Ex.: gestação de termo, trabalho de parto (fase latente, ativa), hipertensão gestacional, oligoâmnio, etc.;

- *Conduta*: sempre anotar a conduta tomada no caso;
- Preenchimento atencioso dos Antecedentes (informatizado) e do Partograma;
- *Dieta*: se fase ativa de trabalho de parto, com boa vitalidade fetal e bem-estar materno, a dieta deverá ser líquida sem resíduos (água, chá e gelatina), com estímulo à hidratação. Em casos de grande potencial de serem submetidas à cesárea, deverão ficar em jejum. Se estiver em jejum \geq 12 h, prescrever SG 5% - EV. Não podemos esquecer que a dieta líquida previne a desidratação em trabalhos de parto prolongados. Os líquidos claros têm trânsito intestinal fácil e não deixam resíduos. Devemos considerar a opinião da mulher, do obstetra, do anestesista e o bom-senso, levando em consideração que o trabalho de parto requer grande quantidade de energia.
- *Tricotomia*: não deve ser realizada rotineiramente, já que o uso sistemático não reduz risco de infecção; em casos de pilificação excessiva, os pelos podem ser aparados;
- *Enterocлизма*: não recomendado de rotina, só deve ser realizado em casos restritos, se a parturiente desejar;
- *Cateterização venosa*: não é recomendada de rotina, assim como não é recomendada infusão venosa de rotina. A cateterização venosa se restringirá aos casos em que sejam indicadas medicações ou soluções por motivos clínicos.
- Orientar sobre a liberalidade da posição no trabalho de parto (sentada, em pé, deitada), sendo contraindicado o decúbito dorsal. Estimular deambulação.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- Medidas higiênicas como banho completo, sempre que possível;
- Estimular a parturiente a designar um acompanhante durante a evolução do trabalho de parto e na sala de parto, se assim o desejar; medida essa, que está associada a melhor tolerabilidade à dor, com menor necessidade de analgesia, evolução do trabalho de parto mais favorável e maior sucesso para parto vaginal. Zelar pela privacidade da mesma no local do parto.

→ CONTROLES DURANTE O TRABALHO DE PARTO

a) *Objetivo*: detecção precoce de anomalias na evolução do trabalho de parto.

b) *Descrição*:

- **Dinâmica uterina (DU)**: realizada por 10', com a mão sobre o fundo uterino, anotando-se a frequência, duração e intensidade das contrações uterinas. No trabalho de parto espontâneo de evolução normal, fazer a cada 60'. Em indução ou condução não estabilizadas, fazer a cada 30'. Considera-se adequado o número de 3 a 5 contrações em 10', com duração de 30" a 60";

- **Batimentos cardíacos fetais (BCF)**: auscultados em intervalos nunca maiores que 30 minutos, antes, durante e após a contração, para observar a presença ou ausência de desacelerações, devendo ser avaliados em intervalos ainda menores nas situações que impliquem em risco fetal. Deve ser utilizado o *Doppler*. Indica-se a monitorização eletrônica para controle de BCF quando ocorrer:

- gravidez de risco para sofrimento fetal (patologias maternas, placentárias, amnióticas e/ou fetais);
- suspeita de distócias ou discinesias;
- suspeita de alterações de BCF;

	Doc. Nº 01
<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP</p>	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- todos os casos de mecônio.

Obs.: sempre que ocorrer rotura espontânea ou artificial de membranas deve-se realizar controle de BCF imediatamente, pelo perigo de compressão do cordão. Atenção especial no controle de BCF no período compreendido entre a entrada da paciente na sala de parto e a realização do parto. **O período expulsivo é o período mais crítico em termos de vitalidade fetal, pois é quando as contrações se tornam mais intensas, mais prolongadas e em maior quantidade.**

- **Toque vaginal:** deve ser precedido da atenciosa palpação abdominal (avaliação do encaixe e descida da apresentação), que sugerirá a real necessidade do mesmo. São geralmente realizados rotineiramente:

- ✓ Na admissão;
- ✓ Em intervalos de duas a quatro horas no primeiro estágio;
- ✓ Antes de administrar analgesia / anestesia;
- ✓ Quando a parturiente sente vontade de empurrar (para determinar se o colo do útero está totalmente dilatado);
- ✓ Se ocorrerem anormalidades da frequência cardíaca fetal (para avaliar complicações como prolapso do cordão umbilical, ruptura uterina ou descida fetal);
- ✓ Gestantes já internadas em trabalho de parto franco, com bolsa íntegra e que tenham suas membranas rotas espontânea ou artificialmente, deverão ser tocadas para afastar prolapso de cordão ou de membro.

Deve incluir avaliação de: posição, consistência, esvaecimento e dilatação do colo, integridade da bolsa e características do líquido amniótico (quando houver bolsa rota), altura da apresentação (segundo De Lee), variedade da posição, alterações ósseas e cutâneas no polo cefálico (bossa, acavalgamento), assinclitismo, canal de parto e diâmetros da bacia obstétrica.

	Doc. Nº 01
<p align="center">PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP</p>	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

Exames mais frequentes são necessários quando há uma preocupação com o progresso do trabalho de parto.

TÉCNICA: será realizado no menor número possível de vezes, especialmente se houver bolsa rota, através de luva estéril e uso de xylocaína gel. O exame deverá ser acompanhado por enfermagem, com respeito à privacidade da paciente colocando biombo ou cortina. Afastar grandes e pequenos lábios com os dedos polegar e anular e introduzir delicadamente os dedos indicador e médio na vagina (atenção para não tocar genitais externos com estes dedos).

- **Sinais vitais:** pulso, PA e temperatura maternos a cada 2 horas, a serem feitos pela enfermagem.

Os dados obtidos são colocados no Partograma, que é a representação gráfica do trabalho de parto. É excelente meio para mostrar evolução da dilatação do colo e da descida da apresentação. No eixo do X coloca-se o tempo em horas e no Y a dilatação cervical e a descida da apresentação em centímetros. Para a descida, o plano zero (De Lee) é o das espinhas ciáticas. Acima deste, valores negativos (-1, -2, -3) e abaixo, valores positivos (+1, +2, +3).

No partograma, cada plano horizontal corresponde a uma hora e cada plano vertical a um centímetro de dilatação cervical.

A dilatação cervical deve ser colocada no ponto correspondente do gráfico, traçando-se na hora imediatamente seguinte a LINHA DE ALERTA e, em paralelo, quatro horas após, a LINHA DE AÇÃO. Lembrar, portanto, que em parto de evolução normal, a curva de dilatação do colo se processa à esquerda da linha de alerta

- **Rotura de membranas:**

Classifica-se em:

- *prematura:* quando anterior ao trabalho de parto (até 2 horas antes);

	Doc. Nº 01
<p align="center">PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP</p>	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- *precoce*: até 6cm;
- *oportuna*: de 7 a 8cm;
- *tardia*: após 8cm.

Se não há indicação, deverá ser espontânea. Embora a rotura de membranas possa encurtar o trabalho de parto, não é isenta de riscos, podendo aumentar a compressão do polo cefálico e do cordão umbilical.

Realiza-se a rotura de membranas em fases precoces em:

- Fase ativa prolongada;
- DPP;
- Placenta prévia lateral ou marginal sangrante;
- Prova de trabalho de parto (suspeita de DCP);
- Falha de resposta na indução do parto;
- Urgência em se avaliar as características do líquido amniótico;
- Taquissístolia.

Nestas situações, deve ser dada atenção aos cuidados na profilaxia do prolapso de cordão iatrogênico, possibilidade presente nas apresentações altas e móveis.

A técnica correta consiste em realizá-la no acme da contração, romper no ponto mais alto que seja palpável da bolsa das águas, evitar escoamento rápido do líquido amniótico através do pertuito, se apresentação muito alta (garantir que a cabeça do feto esteja encaixada na pelve e que não esteja mais do que dois planos acima das espinhas isquiáticas), colocar a paciente em proclive e pedir ao auxiliar que pressione o fundo uterino, colocando a apresentação em contato com a pelve. Pode-se também, em algumas situações, utilizar uma agulha fina e fazer pequenos orifícios na membrana, deixando escoar lentamente o líquido.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- Analgesia:

Pacientes bem preparadas psicologicamente para o parto, provavelmente suportarão melhor as contrações do trabalho de parto. Algumas podem necessitar de algum tipo de analgesia precoce. É fundamental tentar estabelecer um vínculo de confiança com a paciente, orientando-a quanto à evolução do T.P., respondendo suas dúvidas e apoiando-a principalmente no momento das contrações. Se a contração se tornar muito incômoda, alguma medida deve ser tomada a fim de reduzir o desconforto. **É importante ter em mente que em situações de dor intensa a descarga adrenérgica, além de favorecer o aparecimento de distócias, levam à acidose materna, que pode ser transferida para o feto, levando à depressão miocárdica fetal e sufrimento fetal. É, portanto, necessária a redução da dor durante o trabalho de parto, não só pelo lado de um atendimento humanizado ao parto, mas também por motivos fisiopatológicos.**

As pacientes devem receber informações sobre as opções de alívio da dor antes do início do trabalho de parto, para que possam tomar decisões sobre as opções de analgesia do parto. A maioria das mulheres deseja alguma forma de alívio da dor durante o trabalho de parto, seja farmacológica ou não farmacológica, e evidências qualitativas indicam que as várias técnicas como massagem e relaxamento podem reduzir o desconforto do trabalho de parto, aliviar a dor e melhorar a experiência do parto.

● **Métodos não farmacológicos:**

Algumas parturientes poderão se sentir melhor se deambularem ou permanecerem sentadas, sendo a bola de Pilates uma boa opção (figura 1). Técnicas respiratórias podem ajudar, bem como massagem na região lombar,

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

banhos ou jatos de água quente no dorso, ouvir música. A acupuntura é um método capaz de auxiliar no controle da dor em algumas pacientes, mas requer de pessoal habilitado para sua realização. A presença de acompanhante, dando apoio emocional durante o período de dilatação, é sabidamente associada com evolução mais favorável do trabalho de parto, reduzindo a necessidade de analgésicos.

● **Métodos farmacológicos:**

Meperidina: a administração de meperidina tem indicação nas fases precoces do trabalho de parto, se dor intensa ou distócia funcional por hiperatividade. Pelo risco de depressão neonatal, deve-se evitar seu uso se intervalo previsto até o nascimento for menor que 4 horas, sendo a sua indicação criteriosa e restrita. A dose administrada é de 50 a 100mg, via IM.

Bloqueios espinhais: peridural contínua, bloqueio combinado (peri+raqui) ou, ainda, em casos selecionados, raquianestesia. Analgesia por bloqueio espinhal deve ser avaliada caso a caso quanto à sua necessidade e momento de realização. O parâmetro para a indicação da analgesia é a dor materna e não somente a dilatação cervical ou a paridade. Situações de maior risco materno (cardiopatias, aneurismas, outras patologias graves) deverão **obrigatoriamente** receber analgesia peridural precoce (na fase ativa, com dilatação < 6 cm). Sempre que possível, solicitar avaliação anestésica ainda no pré-parto, durante a evolução do trabalho de parto, para discussão conjunta com os obstetras. Não há contraindicações fetais para os bloqueios, mas podem, em alguns casos, aumentar distócias. Seus benefícios

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

geralmente superam seus inconvenientes, tanto em múltiparas quanto em nulíparas.

Cuidados para parturientes em analgesia:

- manter decúbito lateral constante;
- realizar rigoroso controle de dinâmica uterina de 30' em 30' com condução do T.P. Se DU < 3 contrações em 10 minutos, associar o uso de ocitócitos;
- palpação do segmento uterino, para diagnosticar distensão do mesmo (principalmente em pacientes com cesárea anterior);
- realizar cardiotocografia contínua;
- a parturiente não deve realizar "puxos" durante a fase de dilatação pelo risco de provocar edema de colo.

2. SEGUNDO PERÍODO OU EXPULSIVO:

2.1. Definição: É o tempo compreendido entre o momento em que se diagnostica dilatação total e a completa exteriorização do feto. Deve durar, em média, 30' a 60' na múltipara e 60' a 120' na nulípara (se parturiente sob analgesia e boas condições maternas e fetais, pode durar 120'em múltiparas e 180'em primíparas).

É um momento de grande diminuição no fluxo placentário e, portanto, predispõe a sofrimento fetal quando demasiadamente prolongado.

2.2. Conduta:

2.2.1. Posicionamento da paciente: o momento de se colocar em posição é muito importante, variando em múltiparas e nulíparas. Nestas, só colocar em posição quando a apresentação estiver em +2 ou +3 e em múltiparas,

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

quando for feito o diagnóstico de período expulsivo. O risco de sofrimento e morte fetal é grande quando a paciente é colocada em posição muito cedo e fica nesta situação por muito tempo. Em algumas situações em que a apresentação não progride, a paciente pode ser colocada por algum tempo na posição para parto, a fim de aumentar o estreito inferior e facilitar a descida. Tempo prolongado em posição mais verticalizada pode levar a edema de vulva, pela diminuição de retorno venoso. Tipos de posicionamento:

- a) Posição ginecológica:** com proclive acentuado (45°), apoio dos pés (mesa de parto) ou pernas (mesa cirúrgica), região glútea fora de mesa e elevação do dorso (semi-sentada);
- b) Posição sentada na banquetta:**
- Deverão ser candidatas gestantes em fase ativa do trabalho de parto, em período expulsivo (contrações regulares e dilatação total), sem suspeita de comprometimento de vitalidade fetal, com boa perspectiva de parto por via vaginal espontâneo e sem restrições físicas para ficar em posição sentada;
 - Poderão ser provenientes do Pronto Atendimento, das Salas de Indução, ou da enfermaria de Patologia Obstétrica;
 - A banquetta será oferecida às parturientes com pré-requisitos acima e será de sua escolha o uso da banquetta ou a cama de parto tradicional.

Assistência médica obstétrica no período expulsivo e dequitação:

- O profissional que fará o parto deverá se posicionar em frente à parturiente (podendo usar a escadinha ou se sentar no chão – forrado com campo);

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- Os batimentos cardíacos fetais deverão ser monitorados (escutados) a cada 5 minutos;
- Evitar toques (somente fazê-los caso o expulsivo se prolongue);
- Deixar a parturiente apresentar seus puxos espontaneamente, ajudando se o expulsivo se prolongar, com orientação e suporte na técnica de respiração deste período do parto;
- Se necessidade de episiotomia, parturiente deverá ser transferida para a cama de parto;
- No delivramento cefálico, fazer proteção perineal com compressa.

c) Outras posições de escolha da parturiente – deitada, decúbito lateral, quatro apoios, etc.: deverão ser candidatas gestantes em fase ativa do trabalho de parto, em período expulsivo (contrações regulares e dilatação total), sem suspeita de comprometimento de vitalidade fetal, com boa perspectiva de parto por via vaginal espontâneo e sem restrições físicas para ficar na posição escolhida.

2.2.2. Paramentação do obstetra: gorro, óculos, máscara, avental, luvas e propés. Esta paramentação visa a proteção do obstetra que está assistindo ao parto, podendo ser reduzida para óculos, avental plástico (impermeável) e luvas, caso não esteja em sala de área restrita do Centro Obstétrico.

2.2.3. Esvaziamento vesical: deverá ser espontâneo sempre que possível ou por cateterização, apenas quando necessário, para prevenir prolapsos, roturas e fístulas vesicais.

2.2.4. Antissepsia perineal com solução aquosa de clorexidina e campos esterilizados.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

2.2.5. *Rotura artificial de membranas, se não tiver ocorrido.*

2.2.6. *Solicitação de esforços expulsivos voluntários maternos* quando estes não forem reflexos (apresentação alta em múltiparas, analgesia), coincidentes com a ocorrência da contração. Pacientes com cardiopatas, com cesárea anterior e outras situações específicas, não devem realizar estes esforços, sendo o expulsivo aliviado com auxílio de fórcepe, sob analgesia de condução.

2.2.7. *Anestesia local:* a ser realizada nas pacientes que não estiverem sob analgesia, se necessidade de episiotomia. Bloqueio do nervo podendo, do lado em que for realizar a episiotomia, com lidocaína 1% sem adrenalina (ou lidocaína 2% sem adrenalina diluída a 50% com água destilada), 20 ml no total (máximo 7 mg/kg). A punção deve ser transperineal, com agulha de raquianestesia, tocando-se adequadamente a espinha ciática, e, após aspiração para descartar punção de vaso, injetar 5ml atrás do ponto de contato da agulha com a espinha, 5ml de forma progressiva enquanto vai se retirando a agulha e o restante (10ml) em leque, sem retirar a agulha, no local da episiotomia, atingindo a fúrcula vaginal.

2.2.8. *Episiotomia:*

Deve ser usada de maneira criteriosa, apenas em casos selecionados: períneos pouco elásticos, parto pélvico, fórcepe, feto macrossômico, distócia de ombro, sofrimento fetal, etc.

Técnica: médio-lateral direita, partindo da fúrcula vaginal, com tesoura reta. Não realizamos a perineotomia ou episiotomia mediana pelos riscos inerentes de

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

prolongamento da mesma, com envolvimento do esfíncter anal e do reto.
 Momento: quando a apresentação passa a solicitar o períneo.

2.2.9. Assistência ao desprendimento:

- *Proteção do períneo* e região para-uretral com compressa para evitar lesões de canal e descompressão brusca da apresentação, com as bordas das mãos, dedo indicador e polegar em “V”;
- *Amparo ao desprendimento da cintura escapular* com as mãos, em forquilha, sobre o pescoço do concepto superior e inferiormente. Neste momento serão desfeitas circulares de cordão, quando estiverem presentes. Circulares apertadas devem ser clampeadas e seccionadas. Realizar tração contínua para delivramento dos ombros, mas não forçar demasiadamente a região cervical do concepto, pelo risco de lesão do plexo braquial. Caso haja dificuldade no desprendimento dos ombros, proceder a seguinte seqüência de manobras: episiotomia, hiperflexão das pernas maternas e pressão suprapúbica, rotação do ombro posterior em 180^o, liberação do ombro posterior);
- *Amparo à liberação espontânea do polo pélvico*;
- **Lembrar das 10 unidades de ocitocina (profilaxia de hemorragia pós-parto), que deverá ser IM, se não houver acesso venoso, ou EV.**

2.2.10. Clampeamento do cordão:

- Segurar o RN amparando-o sobre seu antebraço com pólo cefálico mais baixo que o pélvico.
- Realizar ligadura de forma estéril, sem pressa, cerca de 1 a 3 minutos após o nascimento, conforme recomendações da OMS, com RN em posição ligeiramente inferior à altura da placenta para que receba sangue de reserva

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

placentário, habitualmente após o primeiro esforço respiratório. Isto depende das condições do RN.

- Nunca ordenhar ou fazer expressão placentária.
- Evitar ligadura tardia em: Rh negativo, prematuro, RCIU, macrossômico, 1º gemelar, anóxia ou presença de mecônio.
- O RN em boas condições deverá ser colocado junto à mãe (pele a pele), seco e coberto por uma compressa sendo este um bom momento para prevenção de hipotermia e para estimular a amamentação. Caso o RN necessite de cuidados do neonatologista, colocar no berço de transporte, com cuidado.

→ **Acompanhante na sala de parto:** o objetivo do acompanhante na sala de parto é fornecer apoio emocional à parturiente, e não acompanhar o procedimento em si. Ao adentrar a sala, o acompanhante deverá ser apresentado à equipe, receber orientações sobre posicionamento e comportamento durante a estadia na sala, bem como informações sobre a evolução do trabalho de parto e parto. Após o nascimento, deve ser estimulado a acompanhar a recepção do RN.

3. TERCEIRO PERÍODO OU DEQUITAÇÃO:

3.1. Definição: É o momento de descolamento da placenta, que habitualmente ocorre espontaneamente em 5 a 10', podendo ser mais demorada (até +/- 45 minutos). É consequência das intensas contrações fisiológicas pós-expulsivo.

3.2. Sinais diagnósticos:

- Descida de um ponto determinado do cordão (por exemplo, pinça de clampeamento);

	Doc. Nº 01
<p style="text-align: center;">PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP</p>	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- Sangramento subitamente aumentado ou escuro (que corresponde ao coágulo retroplacentário);
- Ausência de repercussão da tração do cordão na mão que palpa o fundo uterino;
- Elevação e dextroversão uterina que corresponde à chegada da placenta no segmento uterino;
- Visualização ou toque da placenta no canal vaginal.

3.3. Conduta:

- Palpação do fundo uterino (nível da cicatriz umbilical) para avaliar o globo de segurança de Pinard. Massagem suave do fundo quando o útero estiver hipotônico.
- Conduta ativa tem demonstrado redução na perda sanguínea e diminuição nos casos de hemorragia puerperal. Recomenda-se realização de 10UI de ocitocina, diluída em 500 mL de Ringer, EV em 15 minutos, ou 10 UI IM (se não tiver acesso venoso), logo após o clampeamento do cordão, mantendo tração contínua do cordão (com o peso da mão), associada à pressão supra-púbica do útero (para evitar sua inversão) e aguardar contração uterina.
- Rotação placentária para auxiliar o desprendimento das membranas.
- Revisão das faces fetal e materna (integridade de cotilédones e membranas), para verificar integridade da placenta; em caso de dúvida, realizar curagem ou curetagem sob anestesia.
- Revisão do cordão (2 artérias + 1 veia).
- Curagem e/ou curetagem uterina, caso haja dúvida quanto à presença de restos placentários, sempre sob anestesia.
- Se episiotomia, esta deve ficar comprimida com compressa neste período, para evitar perda sanguínea desnecessária.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

3.4. Episiorrafia

- Trocar de luvas e campos se houver contaminação.
- Evitar contato com a região perianal, a fim de impedir contaminação das luvas e fio de sutura.
- Fio absorvível: **catgut 0** simples em todos os planos
- Agulha atraumática para mucosa, muscular e subcutâneo e traumática para a pele.
- Realizada por planos, com seguintes pontos:
 - *mucosa vaginal*: ponto contínuo ancorado (atenção para a avaliação correta do ângulo da mucosa e para a simetria entre as bordas);
 - *músculos* (transverso superficial, bulbo cavernoso, elevador do ânus): pontos separados; identificar a parede do reto (face voltada para a episiotomia) antes de iniciar a sutura muscular, evitando pontos inadvertidos na mucosa retal;
 - *subcutâneo*: pontos separados;
 - *pele*: pontos separados.
- A hemostasia faz-se basicamente por justaposição. Vasos rotos de maior calibre devem ser ligados.
- Complementar anestesia se for necessário, com injeção de anestésico local.
- Roturas ou desgarros superficiais não sangrantes não necessitam sutura.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

3.5. Revisão final

Deve compreender: sutura, globo de segurança de Pinard, sangramento, toque retal (se for constatado ponto na mucosa retal, deverá ser retirado e a sutura refeita), limpeza da região perineal com povidine, massagem das pernas e coxas da paciente.

4. QUARTO PERÍODO:

4.1. Definição: é o período que corresponde à 1ª hora após o parto e que deve ser observado, obrigatoriamente, com a paciente no Centro Obstétrico, por ser o período de maior risco às hemorragias, e cujo diagnóstico precoce diminui muito a morbidade materna.

4.2. Conduta: observar dados vitais, o grau de sangramento e tônus uterino. Durante esse período, mãe e RN devem manter contato próximo e sendo estimulada a amamentação precoce (< 1 hora após o parto), medida que, além de melhorar a interação materno-fetal, visa reduzir as perdas sangüíneas (liberação de ocitocina e prolactina). O residente do CO fica responsável pelo acompanhamento da puérpera na RPA e pela alta da mesma para as enfermarias (sob supervisão do médico contratado/docente do dia).

→ Prescrição Pós-Parto:

- *Dieta geral* (ou apropriada para a patologia);
- *Antibioticoprofilaxia:* indicada dose única de cefazolina 2g, EV, (3g, nos casos de obesidade mórbida, IMC > ou igual a 40), após o clampeamento do cordão, apenas nos casos de:

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

- parto fórcepe;
- curagem, curetagem e/ou revisão segmento;
- lesões traumáticas extensas com necessidade de reparação cirúrgica;
- imunossupressão materna.

Obs.: nos casos de histórico de alergia ao uso de betalactâmicos, prescrever clindamicina 900 mg, EV, dose única.

- *Analgesia:*

- *Parto sem episiotomia ou lacerações superficiais:* dipirona 500 mg VO de 6/6 horas, ou paracetamol 500 mg VO de 6/6 horas, s/n;
- *Parto com episiotomia:* dipirona 500 mg VO de 6/6 horas, ou paracetamol 500 mg VO de 6/6 horas, associado a diclofenaco sódico comp. 50 mg, VO de 8/8h;

- *Uterotônicos:* usar em casos de sangramento intenso no parto ou pós-parto por redução no tônus uterino e sem outra causa aparente. **Nunca esquecer que o sangramento pós-parto pode ser decorrente de lacerações de canal, devendo ser sempre feita a revisão do mesmo em casos de sangramento importante.**

SG 5% 500ml + Ocitocina 20UI EV, 20 a 30 gotas/min

Obs.: Se o ocitócico não resolver, usar **metilergonovina** 0,2 mg IM (exceto em pacientes hipertensas ou com cardiopatias isquêmica ou isquemia cerebral) ou **misoprostol** 800 mcg VR.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

ASSISTÊNCIA AO PARTO EXTRA-HOSPITALAR

Ao admitir a paciente: chamar o neonatologista para avaliar o RN, verificar em que condições foi feito o parto e a dequitação, realizar exame físico, avaliar altura e tônus uterino, examinar cuidadosamente a placenta e cordão umbilical, examinar vulva, intróito vaginal e canal de parto, promover sutura de lacerações sob antissepsia.

Se for admitida antes da dequitação, realizá-la em ambiente cirúrgico; no caso de não ter trazido a placenta, observar a evolução da paciente em enfermaria, avaliando loquiação e involução uterina.

A prescrição médica deve seguir as orientações anteriores.

FIGURA 1.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

	Doc. Nº 01
<p align="center">PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP</p>	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstet Gynecol* 2009; 114:192. Reaffirmed 2017.

Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD001236.

Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD005123.

Begley CM, Gyte GM, Devane D, et al. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; :CD007412.

Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:445.

Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med* 1998; 339:76.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha. Brasília, DF: O Ministério, 2011.
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dckFM7kGqhYJ:www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>.

Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2017; 129:473.

Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obstet Gynecol* 2009; 114:714.

Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No 689: Delivery of a Newborn With Meconium-Stained Amniotic Fluid. *Obstet Gynecol* 2017; 129:e33.

Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 684: Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Obstet Gynecol* 2017; 129:e5.

Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Pediatrics* 2017.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

Department of Reproductive Health and Research. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. World Health Organization, Geneva, reprinted 2007.

Dombrowski MP, Bottoms SF, Saleh AA, et al. Third stage of labor: analysis of duration and clinical practice. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1279.

Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD010088.

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; 5:CD002006.

Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 1:CD008020.

Kauffman E, Souter VL, Katon JG, Sitcov K. Cervical Dilation on Admission in Term Spontaneous Labor and Maternal and Newborn Outcomes. *Obstet Gynecol* 2016; 127:481.

Kelleher J, Bhat R, Salas AA, et al. Oronasopharyngeal suction versus wiping of the mouth and nose at birth: a randomised equivalency trial. *Lancet* 2013; 382:326.

Kerr-Wilson RH, Parham GP, Orr JW Jr. The effect of a full bladder on labor. *Obstet Gynecol* 1983; 62:319.

Laine K, Pirhonen T, Rolland R, Pirhonen J. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1053.

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD003934.

Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, et al. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 3:CD009124.

Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, et al. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med* 2002; 47:477.

	Doc. Nº 01
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL – CAISM/UNICAMP	Data de emissão: Ago/2008 Atualização: Set/2020

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; CD004074.

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2007; :CD003519.

Obstetrics Care Workgroup. Obstetrics care topic report and recommendations. In: Quinn R, editor. Seattle (WA): Dr. Robert Bree Collaborative; 2012.

Polglase GR, Dawson JA, Kluckow M, et al. Ventilation onset prior to umbilical cord clamping (physiological-based cord clamping) improves systemic and cerebral oxygenation in preterm lambs. PLoS One 2015; 10:e0117504.

Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. BJOG 2011; 118:662.

Rabe H, Erickson-Owens DA, Mercer JS. Long-term Follow-up of Placental Transfusion in Full-term Infants. JAMA Pediatr 2015; 169:623.

Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database Syst Rev 2013; :CD000330.

Ries LT, Kopelman JN, Macri CI. Evaluation of routine antepartum and postpartum blood counts. J Reprod Med 1998; 43:581.

Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev 2013; :CD006167.

World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide; 1996.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/.

Elaborado por: Giuliane Jesus Lajos, Eliana Amaral, Adriana Luz, Anderson Pinheiro, Tábata Z. Dias	Data: ago/2008 Revisado: 09/2020
Aprovação Direção: Helaine Milanez	Data: 09/09/2020