

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS
COORDENAÇÃO DE EXTENSÃO
CURSO DE MEDICINA**

**MANUAL DE HABILIDADES
NO PARTO HUMANIZADO**

Prof. Dr. Heinz Roland Jakobi

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL INSTITUCIONAL - CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO LUCAS

Reitora

Maria Eliza de Aguiar e Silva

Pró-Reitora Acadêmica

Eloá de Aguiar Gazola

Pró-Reitora de Administração e Finanças

Ana Cristina de Aguiar Gazola

Diretor Financeiro

Diego Weis Junior

Diretor Administrativo

André Camelo Mejia

Diretora de Ensino

Hélia Cardoso Gomes da Rocha

Diretor de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão

Maick Heris Amaral Ferreira

Diretora de Registro e Controle Acadêmico

Ivanete Saskoski Caminha

Pesquisador Institucional

Coordenação de Extensão do UniSL

Profa. Maricélia Catanhede

Coordenadora do Curso de Medicina

Rita de Cássia Alves Ferreira Silva

Coordenador Adjunto do Curso de Medicina

Rui Rafael Durlacher

Coordenador do Internato Médico

Amado Rahhal

Secretária do Internato Médico

Emanuela Leda Andrade Passos

Coordenadora Pedagógica do Curso de Medicina

Isabel Cristiane Kuniyoshi

FICHA CATALOGRÁFICA

PALAVRAS-CHAVE: Medicina, Ginecologia, Obstetrícia, Manuais, Guia, Conduta.

SOBRE O AUTOR

Prof. Dr. Heinz Roland Jakobi

Professor universitário, médico, pesquisador, escritor, historiador e jornalista. Natural de Curitiba – Paraná, nasceu em 01/12/1957, Filho de Hans Jakobi e Ivete Zanello Jakobi, casado com Sílvia Cristina, pai de Sibelle, Michele, Rebeca e Catarina, avô de Eduardo e do João. É formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná e em Processamento de Dados pela FATEC/RO, Pós-Doutor do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade de São Paulo [ICB/USP]. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Mestre em Biologia Experimental pela Universidade Federal de Rondônia [UNIR]. Linha de Pesquisa – Incapacidade para o Trabalho, Saúde do Trabalhador e Medicina do Trabalho. Professor da Faculdade de Medicina do Centro Universitário São Lucas. Ex-professor de Medicina da UNIR e da Faculdades Integradas Aparício Carvalho [FIMCA]. Especialista em Saúde do Trabalhador, Medicina do Trabalho, Ginecologia e Obstetrícia, Informática em Saúde e Engenharia de Sistemas. Médico ginecologista e obstetra, médico do trabalho, perito judicial decano do Tribunal Regional do Trabalho da 14ª Região. Ex-Diretor Técnico e Clínico do Hospital de Base "Ary Tupinambá Pinheiro", Presidente-fundador da Associação de Ginecologia e Obstetrícia de Rondônia [ASSOGIRO], da Associação Médico-Espírita de Rondônia [AME-RO], Fundador e Secretário da Academia de Medicina de Rondônia. Fundador da Academia Rondoniense de Letras. Membro Efetivo da Academia de Letras de Rondônia e da Academia Maçônica de Letras de Rondônia, Ex-Tesoureiro e Conselheiro do Conselho Regional de Medicina de Rondônia. Secretário fundador da Associação Profissional dos Médicos de Rondônia [atual Sindicato Médico]. Ex-Presidente da Associação Nacional de Medicina do Trabalho Seccional de Rondônia. Livros Publicados: Autor de: Mendes, René (Org.) & Jakobi, HR *et al.* Dicionário de Saúde e Segurança do Trabalhador: Conceitos – Definições – História – Cultura. Novo Hamburgo/RS: Proteção Publicações, 2018. 1.280 p. [Obra coletiva com 522 autores]. ISBN: 978-85-67121-01-7. Jakobi HR e da Frota JM. Coletânea em Saúde do Trabalhador. Ed. Temática. 2017. Jakobi HR, Barbosa-Branco A, Bueno LF, Mattos FRG, Camargo LMA. Incapacidade para o trabalho no Brasil: Análise de benefícios auxílios-doença segundo um recorte de atividade econômica, diagnóstico e localização geográfica. Novas Edições Acadêmicas. ISBN-10: 3330739142. 140 pag. 2016. “*Telemedicina: uma nova perspectiva para a saúde de Rondônia*”, 2007; “*Como Gerenciar uma Loja Maçônica*”, 5ª Ed. A Trolha, 2000-17; “Graus Simbólicos: Compêndio Maçônico, Trilogia: vol. 1, 2 e 3”, Ed. A Trolha, 2007; Prismas Singulares, Academia Rondoniense de Letras; Co-autor e Tradutor: “*Erlebnis Wassergeburt*” – idioma alemão, capítulo “*O Parto na Água no Brasil*”, Ed. Manole, São Paulo – SP, 2000. “*Parto Humanizado*” – Hugo Sabatini, livro eletrônico em espanhol, capítulo “*Parto na Água no Brasil*”, 2006. No Prelo: 1001 Personagens da História Universal da Medicina; 101 Personagens da História da Medicina no Noroeste Brasileiro – Rondônia; Fragmentos da História da Medicina no Noroeste Brasileiro – Rondônia. Jornalista e Colunista: Coluna *Medicina e Saúde* do Jornal Estadão do Norte, 1986-88; Coluna *O Mosaico, Cadeia de União e Medicina* do Jornal Diário da Amazônia, 1996-2007; Programa Rondônia em Revista da TV Rondônia, 1997-2000; Prêmios: Oficial da Ordem do Mérito do Trabalho Getúlio Vargas [DOU, MT 27/11/2018]; Prêmio Destaque Jurídico/2005 pela Associação Rondoniense de Imprensa; Prêmio Brasil de Medicina em São Paulo, 2007. Past-Grão-Mestre Adjunto da Grande Loja Maçônica de Rondônia, 2003-2007; Grandes Inspetor da Ordem [Gr. 33º REAA].

Referências

<http://lattes.cnpq.br/5673951894427242>

DEDICATÓRIA

A **Deus**
por ter nos ofertado o dom da “cura”
e a missão do cuidar caridoso ao próximo

Aos nossos **Pais**
por ter nos ofertado a nossa vida e a nossa educação

Aos nossos **Mestres**
por ter nos ensinado o caminho a percorrer

Aos nossos **Alunos**
por ter-nos permitido transmitir o pouco que sabemos

Aos nossos **Familiares**
por ter-nos doado à Medicina.

AGRADECIMENTOS

À Reitora do Centro Universitário São Lucas [UniSL], **Profa. Dra. Maria Eliza de Aguiar e Silva** pelo apoio a à Iniciação e Pesquisa Científica.

À Coordenação da Medicina, em especial aos **Profs. Dra. Rita de Cassia Alves Ferreira Silva e Rui Durlacher** pelo estímulo ao Estudo e Pesquisa Clínica no Curso de Medicina do UniSL.

À **Profa. Maricélia Catanhede** da Coordenação de Extensão do UniSL

Aos **Professores e Tutores dos Cursos de Medicina** que orientaram e apoiaram esta obra.

Aos dedicados **Acadêmicos de Medicina e às Ligas Acadêmicas** que com entusiasmo, dedicação e presteza desenvolveram esta obra biográfica universal.

EPÍGRAFE

*“Para mudar o mundo,
primeiro é preciso mudar a forma de nascer”*
Michel Odent.

“A principal distorção da obstetrícia moderna é oferecer tecnologia inadequada, cara, potencialmente perigosa e dolorosa para os partos normais que delas não se beneficiam; o que muitas vezes resulta em não oferecer tecnologia adequada para os partos anormais para os quais esta tecnologia poderia ser útil.”
Caldeyro-Barcia

SUMÁRIO

PREFÁCIO

INTRODUÇÃO

Capítulo I Anatomia clínica. Admissão da parturiente. Equipamentos Proteção Individual [EPI].

A pelve. O assoalho pélvico e o períneo. Pelve obstétrica. O feto. Relações fetopélvicas. Insinuação, sinclitismo e assinclitismo. Admissão da paciente. Triagem de risco. EPI.

Capítulo II Primeiro período do trabalho de parto.

O exame da paciente. Os mecanismos do TP. A evolução clínica do TP – o partograma. A avaliação da saúde fetal no TP. Distócias. Apresentações anômalas – cefálicas, pélvicas e compostas.

Capítulo III Segundo período do trabalho de parto I - normal.

O Parto vaginal, humanizado. A amniotomia e a episiotomia. A analgesia e anestesia.

Capítulo IV Segundo período do trabalho de parto II - complicações.

O parto vaginal cirúrgico - fórceps e vácuo extrator. Distócia de ombro. O parto pélvico. O parto gemelar. O tocotraumatismo. A cesárea segmentar transversa. A hemorragia anteparto.

Capítulo V Terceiro e Quarto período do trabalho de parto.

O secundamento ou dequitação. A hemorragia pós-parto. O período de Greenberg. O puerpério.

Referências Bibliográficas

PREFÁCIO

Este manual destina-se a estudantes e a médicos que praticam a medicina na atenção primária. Em um formato estruturado e de fácil entendimento, permite que o manual possa ser utilizado pelas mídias impressa e eletrônica. O objetivo desse Manual de Habilidades no Parto Humanizado é ser uma fonte rápida e confiável de consulta e informações, útil para tomada de decisões no atendimento ao paciente nos diversos cenários da prática da medicina.

Não poderia deixar de salientar a habilidade do Prof. Dr. Heinz Roland Jakobi, pela capacidade de agregar tantos saberes de uma forma tão didática e eficiente.

Declaro aqui minha gratidão e mais alto apreço aos renomados médicos e respeitáveis docentes, que participaram desta edição e forneceram seu conhecimento e experiência profissional para tornar esse texto um poderoso recurso para a assistência médica.

Desejo também expressar minha alegria em ver concretizado neste manual a comunhão do professor e do aluno, na trajetória do aprendizado.

Agradeço imensamente a todos os atores desta obra acadêmica de referência médica produzida pela nossa instituição de ensino superior.

Profa. Dra. Rita de Cassia Alves Ferreira Silva
Coordenadora do Curso de Medicina

INTRODUÇÃO

Quando fomos convidados pela Coordenadora do Curso de Medicina do Centro Universitário São Lucas [UniSL], Profs. Dra. Rita de Cassia Alves Ferreira Silva, para assumir as aulas do laboratório de habilidades de parto para acadêmicos do 10º período do Internato em Ginecologia e Obstetrícia deparamos com a inexistência de uma apostila, manual ou livro que apresentasse o que se tem de mais moderno e humanizado nas condutas e procedimentos práticos na obstetrícia baseada em evidências para a atenção ao parto normal e operatório.

Assim desenvolvemos inicialmente uma apostila que era disponibilizada aos internos durante os primeiros dois anos, sendo modificada e acrescida novas observações e informações, quando em 2018 a Coordenação de Extensão da UniSL elaborou os manuais de especialidades da medicina com o apoio das Ligas Acadêmicas de Medicina.

Após organizarmos e editarmos nove manuais de especialidades médicas chegou a hora da edição deste Manual, o Manual de Habilidades no Parto Humanizado.

Este manual tem o escopo de contribuir para as atividades práticas e teóricas nas habilidades e competências em partos humanizados.

Está distribuído em cinco capítulos a fim de facilitar o estudo e entendimento. No primeiro Capítulo realizamos a Introdução quando abordamos aspectos da Anatomia clínica obstétrica, da admissão da parturiente e dos equipamentos proteção individual da equipe de assistência ao parto. No segundo Capítulo apresentamos o primeiro período do trabalho de parto quando da assistência obstétrica ao término da gestação e início do trabalho de parto. No terceiro Capítulo desenvolvemos o segundo período do trabalho de parto - o parto normal. No quarto Capítulo apresentamos o segundo período do trabalho de parto – o parto complicado ou distócico. No quinto Capítulo estão apresentados o terceiro e o quarto período do trabalho de parto. Ao final apresentamos as referências bibliográficas com o objetivo de oportunizar uma leitura complementar à esta obra.

Finalmente, cumpre-nos lembrar que não tivemos a mínima pretensão de esgotar neste único manual o tema abordado – assistência ao parto. Se trata apenas de uma explanação a respeito daqueles pontos que consideramos os mais relevantes. Lembramos também que esse manual sozinho não dá condições de entender e tomar conduta em todas as situações dentro dessa área, sendo conveniente lançar mão de obras complementares.

Prof. Dr. Heinz Roland Jakobi
Autor

Capítulo I

Anatomia clínica. Admissão da parturiente. Equipamentos Proteção Individual da equipe de parto [EPI].

A pelve. O assoalho pélvico e o períneo. Pelve obstétrica. O feto. Relações fetopélvicas. Insinuação, sinclitismo e assinclitismo. Admissão da paciente. Triagem de risco. EPI.

ESTÁTICA FETAL

APRESENTAÇÃO – É a parte do feto que toma contato com o estreito superior da bacia materna, ocupando-o em grande parte.

SITUAÇÃO – relação entre o eixo longitudinal do feto e o eixo longitudinal da mãe. Se coincidem, a situação é longitudinal. Se são perpendiculares, a situação é transversal. Se formam um ângulo agudo, é oblíqua.

POSIÇÃO – É a relação do ponto guia do feto com o lado esquerdo ou direito da pelve materna. A posição pode ser direita ou esquerda.

VARIEDADE DE POSIÇÃO – é a relação que guarda o ponto tocado da apresentação fetal e a bacia materna (seus principais diâmetros)

ATITUDE – é a relação que guardam entre si os segmentos fetais. A atitude normal é a flexão moderada.

Sequência do exame físico obstétrico na admissão de paciente em trabalho de parto

Sinais vitais (medir a PA com a paciente sentada ou em decúbito lateral esquerdo)

Medida da altura uterina

Palpação do abdome (manobras de Leopold)

Ausculta dos batimentos cardíofetais BCF (antes, durante e após uma contração)

Avaliação da contratilidade uterina (frequência e intensidade em 10 min)

Inspeção da vulva (perda de líquido amniótico, sangue, mecônio, secreções)

Exame especular (se suspeita de Rupreme, placenta prévia, etc.)

Toque vaginal bimanual

Quadro 1

Situação	Apresentação	Ponto de referência	Linha de orientação	Símbolo	
Longitudinal	Cefálica	Flectida Vértice ou de occipital	Lambda	Sutura sagital	O
		Deflectida	Bregma	Bregma	Sutura sagitometópica
	Fronte		Glabela	Linha metópica	N
	Face		Mento	Linha facial	M
	Pélvica	Pélvica	Crista sacrococcígea	Sulco interglúteo	S
Transversa	Córmica	Acrômio	Dorso	A	

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Apresentação, Altura e variedade de posição

Sinal de Farabeuf quando a cabeça se encontra encaixada, somente se poderá introduzir dois dedos entre o pólo fetal descendente e o plano sacrococcígeo.

Sinal de Demelin a cabeça fetal está encaixada quando o dedo indicador, introduzido perpendicularmente à face anterior da sínfise púbica e paralelamente à sua borda inferior, choca-se contra a apresentação.

As variedades posteriores, as deflexões e os graus limite de proporção feto-pélvica, produzem retardo na descida da cabeça fetal.

A variedade de posição se define pela relação entre um ponto de reparo fetal (fontanela posterior) e a hemipelve materna.

Para fazer o diagnóstico em apresentação de vértice deve-se identificar a sutura sagital ou interparietal com o dedo que toca e segui-la até encontrar a fontanela posterior, menor, occipital ou lambdóide que se identifica por sua forma triangular e menor tamanho, da anterior, fronto-parietal ou bregmática, de forma losangular e maior tamanho.

A identificação da fontanela posterior permite, também, avaliar o **grau de flexão da cabeça fetal**. Quanto maior for a flexão mais central se encontrará a fontanela.

Apresentação de vértice: graus de flexão da cabeça (materializados pelo diâmetro supraoccipitomentoniano e o occipitobregmático).

A – Flexão moderada (uma deflexão complementar levaria a fontanela maior ao centro da pelve, gerando uma apresentação **de bregma**).

B – Flexão avançada.

C – Flexão completa (o diâmetro da cabeça fetal é o suboccipitobregmático).

Se for impossível tocar a fontanela posterior e se encontra a fontanela anterior, é possível que a deflexão seja extrema e se trate de apresentação de **bregma, frente ou face, situação de risco**.

Na apresentação de frente, ou de 2º grau, podem reconhecer-se os arcos orbitários, os olhos e o nariz. O diâmetro oferecido é o mento-occipital (13,5 cm), o maior diâmetro cefálico, pelo qual o parto em condições normais, é impossível.

A apresentação de face, ou de 3º grau, é o grau máximo de deflexão. Associa-se a pelve plana e más-formações fetais. Diagnostica-se pela identificação dos arcos ciliares, olhos, nariz, boca e mento ao toque por via vaginal.

Avaliação da proporção feto-pélvica

Antes do parto os diâmetros da cabeça fetal são passíveis de estimativa clínica aproximada, pela avaliação da altura uterina e o tamanho fetal e a relação da cabeça fetal com o plano do estreito superior. Os diâmetros e o tipo de pelve devem ser avaliados apropriadamente mediante toque vaginal.

Avaliar a Conjugada diagonal (diâmetro promontosubpúbico) – 1,5 = Conjugada Obstétrica (ou promontoretropúbico) (deve ser > 9,5cm)

Devem ser considerados no exame:

amplitude da vagina e vulva

relaxamento perineal

longitude dos dedos do examinador

Uma vez completo o exame genital, a valorização de todos os dados permite:

fazer diagnóstico de trabalho de parto

avaliar o risco para decidir se é um parto de risco habitual ou de alto risco.

admitir ou referir segundo condições específicas da parturiente.

Equipamentos Proteção Individual da equipe de parto: são EPI dos trabalhadores da saúde: luvas, máscaras, óculos de proteção, aventais protetores, sapatos fechados ou botas impermeáveis e uniforme - pijama calça comprida e camisa com manga.

Os profissionais devem possuir identificação pessoal [crachá] e não utilizarem adornos pessoais [NR32].

Capítulo II

Primeiro período do trabalho de parto.

O exame da paciente. Os mecanismos do TP. A evolução clínica do TP – o partograma. A avaliação da saúde fetal no TP. Distócias. Apresentações anômalas – cefálicas, pélvicas e compostas.

Resumo de conceitos

PERÍODOS DO PARTO

1º período – dilatação

2º período – expulsão

3º período – dequitação

4º período – 1ª hora após a dequitação

TEMPOS NO MECANISMO DE PARTO

Considera-se 6 tempos no mecanismo de parto nas apresentações cefálicas.

- Insinuação
- Descida
- Rotação interna
- Desprendimento da apresentação
- Rotação externa
- Desprendimento fetal final

Tempos Ações

Insinuação: descida

- Passagem do diâmetro biparietal através do estreito superior da bacia;
- Passagem do polo cefálico ao estreito inferior da pelve materna;
- Flexão e assinclitismo.

Rotação interna: desprendimento cefálico

- Colocação de linha de orientação no diâmetro anteroposterior da bacia materna;
- Auxílio da retropulsão do cóccix; movimento de deflexão.

Rotação externa: desprendimento do ovoide pélvico

- Retorno do occipício a orientação observada antes da rotação interna;
- Desprendimento da cintura escapular e do polo pélvico.

Dilatação: fases de latência e ativa

- Contrações rítmicas e regulares:
 - Até 3cm de dilatação; alterações cervicais de forma lenta;
 - Após 3cm de dilatação; aproximadamente 1cm/h.

Expulsivo

- Início após dilatação total (10cm); duração conforme paridade e analgesia;
- Risco de sofrimento fetal agudo.

Dequitação (4º período)

- Mecanismo central ou lateral; duração de até 30 minutos (maioria dos casos em 5 minutos);
- Hemorragias: alteração de tônus responsável por 70% dos casos.

Pontos-chave

Sob o ponto de vista do mecanismo do parto, o feto é o móvel ou o objeto que percorre o trajeto (bacia), impulsionado pelo motor (contração uterina).

O estudo do mecanismo de parto é, em essência, o dos movimentos que a cabeça descreve, sob a ação das contrações uterinas, a transitar pelo desfiladeiro pelvigenital.

O trajeto ou canal do parto estende-se do útero à fenda vulvar – partes moles (segmento inferior do útero, cérvix, vagina, região vulvoperineal), sustentado pela cintura óssea – pequena bacia ou escavação.

O mecanismo do parto tem características próprias, que variam em seus pormenores de acordo com o tipo de apresentação e a morfologia da pelve. O único mecanismo fisiológico é o da apresentação cefálica fletida em bacia ginecoide.

Os tempos do mecanismo do parto são basicamente: insinuação, descida e desprendimento.

A insinuação é a passagem da maior circunferência da apresentação pelo estreito superior. Nessas condições, o ponto mais baixo da apresentação está à altura das espinhas ciáticas (plano “O” de De Lee).

A variedade de posição mais frequente de insinuação para os autores franceses é a occípitoesquerda anterior (OEA); para os anglo-saxões, a occípitoesquerda transversa (OET).

Na descida, a cabeça migra até as proximidades do assoalho pélvico, onde ocorre a rotação interna para occipitopúbica (OP); concomitantemente há a insinuação das espáduas.

Uma vez colocado o suboccipital sob a arcada púbica, o desprendimento da cabeça ocorre por movimento de deflexão. O tempo imediato é a rotação externa da cabeça.

Durante a descida das espáduas, há a sua rotação interna, colocando o ombro anterior sob a arcada púbica, ocorrendo, em seguida, o seu desprendimento.

ROTINAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Assistência durante a admissão

Recepcionar a parturiente e acompanhante na sala de admissão

Informar sobre o direito de ter acompanhante durante a consulta na sala de admissão.

Leitura do cartão de pré-natal: atenção a antecedentes:

Clínicos

Obstétricos

Perinatais

Idade materna

Idade gestacional

Controle pré-natal

Ganho de peso e altura uterina

Patologia e intercorrências durante a gravidez

Análise dos fatores de risco detectados

Anamnese - Sintomas de parto, Riscos, cartão pré-natal

Exame clínico geral - Avaliar o estado geral da gestante, tanto físico como psíquico;

Avaliar funções vitais da gestante; avaliar apropriadamente os principais sinais de patologias de risco, tais como: Síndromes hipertensivas, Choque, Infecção grave, Anemia grave, Cardiopatia, observar: Inspeção de pele e mucosas.

Sinal

Palidez

Cianose

Hidratação

Edema

Lesões dérmicas

Transtorno que pode sugerir

-Anemia - Choque

-Transtornos cardiovasculares ou respiratórios – Choque

-Desidratação – Abdome agudo – Diabetes descompensado

-Insuficiência cardíaca – Transtornos renais – Hipertensão

- Herpes genital

Pressão arterial – hipertensão ou hipotensão.

Temperatura axilar- RPMO, tosse, dispneia, expectoração, dor abdominal (diferente de

contrações), dor, edema e enrijecimento de MMII. Estes sintomas podem sugerir infecção grave, corioamnionite, pneumopatia, abdome agudo, sepse (se associada a outros sinais de choque), tromboflebite.

Respiração- avaliar frequência e presença de dispneia, cuja presença deve ser avaliada em conjunto com outros sintomas.

Pulso - 60 a 90 pulsações por minuto, palpação digital da artéria radial sobre o punho, durante um minuto.

Peso – IMC.

CUIDADOS DE ROTINA PRÉ-PARTO

Sinais vitais maternos

Para evitar-se a aparição de situações de desequilíbrio, deverão controlar-se:

O pulso materno

A pressão arterial

A temperatura

Observar sintomas de: dispneia, lipotimias, cefaleias, escotomas visuais, zumbidos, calafrios e sudorese.

Tricotomia: Parece não haver benefícios a realização rotineira de tricotomia nas parturientes admitidas para o trabalho de parto

Enema: Não deve ser realizado de rotina, pois não se mostrou capaz de reduzir infecção materna (perineal) ou fetal, traz desconforto à paciente e aumenta o custo do procedimento.

Hidratação oral - Deve recomendar-se a livre ingesta de líquidos, de preferência açucarados para diminuir o risco de desidratação e hipoglicemia que se associa à atividade física e à frequente hiperventilação materna.

Punção venosa e infusão de líquidos: Não deve ser rotineiramente empregada, uma vez que cerca de 80% das pacientes admitidas em TP terão tido parto dentro de 8 horas e devem repor as perdas com a ingesta de líquidos claros (chás, águas).

Função vesical - Deve-se evitar a distensão vesical durante o trabalho de parto. Durante cada exame, verificar a região suprapúbica para a presença de bexiga distendida. Se a mesma for palpável, a mãe será motivada para a micção espontânea para evitar cateterismo vesical. Caso a parturiente não consiga urinar espontaneamente, esvaziar a bexiga mediante cateterismo de alívio.

Posição da mulher durante o trabalho de parto: permitir que a mãe adote livremente a posição vertical, cuja vantagem parece residir em:

- facilita o ângulo entre o eixo fetal e o estreito superior
- favorece o encaixamento
- as contrações são mais intensas e eficientes
- a mulher está mais cômoda e sofre menos dor
- a duração do trabalho de parto se encurta

Posição vertical encurta o trabalho de parto em uns 25% e favorece a rotação interna cefálica. Posição horizontal, deve ser em decúbito lateral esquerdo, para prevenir a possível aparição de hipotensão materna com risco de hipóxia fetal (síndrome supino-hipotensiva). Com decúbito dorsal, mesa de parto verticalizada ao máximo e flexão e abdução dos membros inferiores, que apresenta as seguintes vantagens: favorecimento da respiração adequada, atuação da força gravitacional, melhora da atividade uterina, facilidade para o obstetra realizar o parto e intervir se necessário, melhor fluxo uteroplacentário – FCF/APGAR, Redução do segundo período do TP, Desvantagens,

parece haver aumento das roturas perineais de II grau.

Quadro 2



Fonte: Petrucce LF, Oliveira LR, Oliveira VR, Oliveira SR. Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências. *Femina*. 2017; 45(4): 000-000

Exame obstétrico: parte essencial da avaliação da gestante, ao final do exame obstétrico e após valorização de todos os dados, deve ser possível, fazer diagnóstico de trabalho de parto, avaliar o grau de risco materno-fetal, admitir ou referir segundo condições específicas de cada parturiente.

Palpação abdominal- determinar: Volume uterino, Número de fetos, Situação, Posição e tamanho fetal, Apresentação e altura da mesma,

Altura uterina- avaliar: Idade gestacional, tamanho e crescimento fetal

Quantidade de líquido amniótico – circunferência máxima [CM]

Manobras de Leopold

Primeira manobra: palpa-se o fundo uterino, procurando identificar o polo fetal que o ocupa, se o pélvico (mais comum) ou o cefálico (indicando apresentação pélvica que deve ser confirmada pelo exame genital)

Segunda manobra: desliza-se as mãos pelos flancos da mãe, para determinar a situação e posição do dorso fetal pelo encontro da coluna vertebral e membros fetais. No caso de situação transversa, palpam-se os polos.

Terceira manobra: permite palpar o polo fetal que se apresenta, que normalmente é o cefálico e sua mobilidade. Confirmar pelo exame genital.

Quarta manobra: deslizar os dedos das mãos em direção à escavação pélvica; permite avaliar o encaixamento da apresentação na pelve e seu grau de flexão. Uma escavação vazia leva à suspeita de situação transversa.

Determinar se a paciente está ou não em fase ativa de trabalho de parto (TP), usando os seguintes critérios: contrações uterinas regulares de 1 a 3 em 5 minutos; dilatação cervical \geq a 3 cm com colo fino e apagado.

Diagnóstico do trabalho de parto e critérios para admissão

Achados clínicos sugestivos de início da fase ativa:

Dilatação cervical ≥ 4 cm e colo apagado

Dinâmica uterina ≥ 2 contrações/10 min

O diagnóstico de trabalho de parto é um processo dinâmico, devendo haver contrações uterinas rítmicas e regulares, com uma frequência de pelo menos 3 em 10 minutos, colo parcialmente apagado e dilatação cervical de pelo menos 3,0 cm.

De preferência, a gestante só deve ser admitida quando estiver na fase ativa do trabalho de parto.

As mulheres que não satisfizerem esses critérios deverão ser orientadas sobre a sua situação e, se residirem próximo ao CPN, deverão retornar às suas casas retornando ao CPN quando houver intensificação da frequência e intensidade das contrações uterinas. Nos casos de dúvida, a mesma será admitida em regime de observação por 2 a 3 horas para se confirmar o progresso do parto- deve haver progressão da dilatação cerca de 1 cm por hora.

CONDUTA: Após a avaliação inicial, não havendo achados patológicos, a gestante será admitida, de acordo com os critérios acima, para atenção segundo normas de baixo risco. As pacientes que chegarem ao CPN fora de trabalho de parto, sem intercorrências não serão admitidas e deverão receber orientações quanto ao momento de retorno e deverão passar pelos seguintes procedimentos: **realização da CTG e realizar e registrar exame físico e obstétrico e verificação dos sinais vitais.**

Preparo da gestante para o parto

A gestante deverá ser preparada para o parto da seguinte maneira:

Orientação sobre o trabalho de parto

Banho de chuveiro com água e sabão

Uso de vestimenta folgada e limpa.

Promover a participação ativa da parturiente e membro do grupo familiar que a acompanha.

Fornecer apoio psíquico-físico à mulher

Promover contato precoce mãe-filho

Incentivar o aleitamento materno

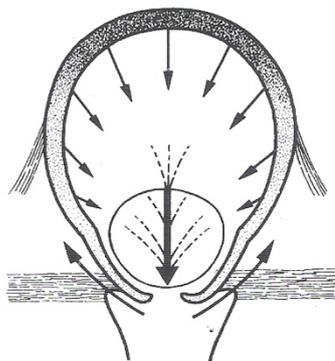
Importância da posição vertical e deambulação para o período de dilatação

Importância da hidratação oral durante o trabalho de parto

Importância do aleitamento materno e cuidados com as mamas

MOTOR – CONTRAÇÕES UTERINAS

Figura 1



Tríplice gradiente descendente

Unidade Montevideo

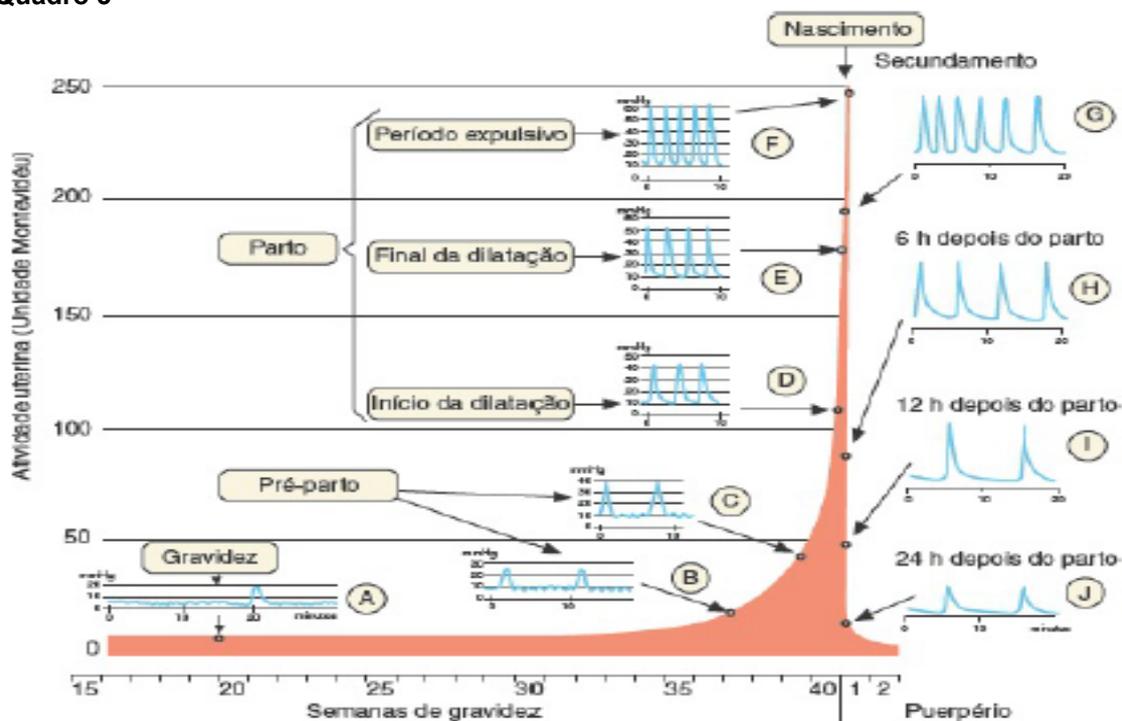
“Ariete”

- Postura da parturiente
- Controle dos sinais vitais
- Alimentação e fluidos intravenosos
- Assistência obstétrica
- Contrações uterinas
- Toque vaginal
- Descida da apresentação
- Membranas ovulares - Amniotomia

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

- Tônus: 3 a 8 [10] mmHg.
- Pequenas contrações com intensidade entre 2 a 4 mmHg e frequência de 1 contração por minuto, restritas em pequenas áreas, não percebidas pela gestante.
- Contrações de Braxton Hicks com intensidade variando de 10 a 20mmHg e frequência progressiva até atingir uma a duas contrações por hora nas 28 semanas. Percebidas pela gestante, mas indolores.
- Frequência das contrações (**DINÂMICA UTERINA**): Número de contrações cada 10 minutos. 10' [35", 35", 40"]
- Atividade uterina: Frequência x intensidade = mmHg. para cada 10min ou unidades de Montevideú.

Quadro 3



Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Contrações uterinas- determinar o padrão de contratilidade uterina e o momento em que a mãe começou a perceber a intensificação de algum dos parâmetros:

Tonos- pressão mais baixa entre as contrações

Frequência- n^o de contrações em 10 min

Duração- tempo transcorrido entre o início e o final da contração

Intensidade- diferença entre a pressão máxima alcançada pela contração e o tônus.

CONDUTA:

Contratilidade normal

Admitir a mãe para atenção segundo normas de baixo risco

Observar o progresso do parto

Hiperdinamia primitiva (Hipertonia, taqui ou hipersistolia)

Colocar a paciente em DLE.

Iniciar inibição uterina com Salbutamol ou Terbutalina- 0,25 mg, SC ou IV lenta, diluída em 10 ml de água destilada.

Hiperdinamia secundária:

Além do anterior, pesquisar causa

Caso estas medidas não sejam suficientes para controlar o quadro, assistir segundo as normas de alto risco- remover a paciente

Hipodinamia primitiva (bradissistolia, hipossistolia)

Observar o progresso do parto

Se não houver progresso satisfatório, aplicar estimulação ocitócica. Ver normas par o uso adequado de ocitocina durante o trabalho de parto.

Exame genital: toque vaginal e exame especular

Toque vaginal

Avaliar sucessivamente:

Amplitude e elasticidade de vulva, vagina e períneo

Posição cervical (anterior, centralizado, posterior)

Consistência, apagamento e dilatação cervical

Estado das membranas

Apresentação, grau de flexão e altura

Variedade de posição

Avaliação da proporção fetopélvica

Arco subpúbico

Diâmetro bi isquiático

Se houver queixa de perda de líquido ou sangue pelos genitais, o exame especular deve preceder o toque vaginal, para avaliar sua procedência e magnitude

Luvas estéreis

Separar os pequenos lábios com o polegar e anular da mão; inspecionar o introito.

Realizar o toque fora das contrações.

Introduzir horizontalmente os dedos indicador e médio da mão na direção do eixo da vagina, com os dedos mínimo e anular flexionados e o polegar estendido.

Palpar com a superfície palmar dos dedos.

Apoiar o fundo uterino com a mão externa.

Não retirar os dedos até haver completado o exame.

Ao retirar os dedos, comprovar se o reto está vazio.

Avaliar a presença de muco, líquido, sangue ou mecônio na luva.

Exame especular- técnica

Separar os pequenos lábios

Introduzir o espelho fechado, deprimindo ligeiramente o períneo e dirigindo-o obliquamente para trás.

Abrir o espéculo com cuidado e observar:

Colo uterino

Membranas ovulares

Cor, aspecto e quantidade do líquido amniótico que se visualiza através das membranas ou fluindo através do OE (em caso de membranas rotas).

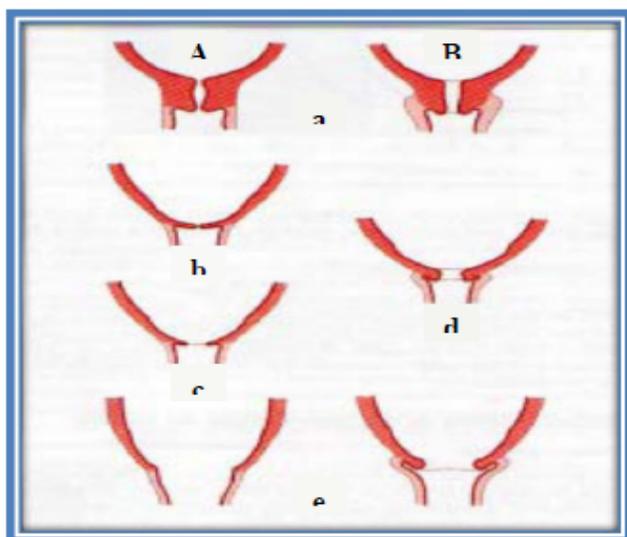
Sangue e sua origem- colo ou cavidade uterina

Fluxo vaginal- aspecto, se fisiológico ou patológico

Avaliação da amplitude, elasticidade e obstáculos do canal

O apagamento e a dilatação cervical

Figura 2



Na figura, a letra **A** mostra a dilatação cervical na primípara e a letra **B**, na multipara. Em:

- a** - colo antes do trabalho de parto;
- b** - apagamento completo do colo;
- c** - começo da dilatação;
- d** - apagamento e dilatação simultâneos;
- e** - dilatação cervical completa.

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Métodos de amadurecimento da cérvix [colo uterino]

Facilita o início e a progressão do TP

Prostaglandina – Misoprostol PGE1- mais usado na prática; Dinoprostona PGE2- aprovado pelo FDA.

Relaxina: Parece ter efeito no relaxamento do colo, porém sem efeito de estimulação miometrial (inibitório na contratilidade uterina).

Laminárias: dilatadores hidrofílicos [algas secas]: não disponíveis.

Método de Krause - uso de Sonda Foley por 24h, índice de Bishop < 6, ação mecânica, liberação de prostaglandinas. Associação depois c/ocitocina. Contraindicado: Membranas rotas e cervicites (risco de corioamnionite).

Misoprostol: Análogo da prostaglandina E1. Aumento da permeabilidade vascular, passagem de neutrófilos para o estroma tecidual, dissociação do colágeno pela passagem de collagenase com neutrófilos.

Descolamento das membranas: método antigo. Técnica: Separação digital das membranas ovulares da porção inferior do segmento uterino. Usada em ambulatório, para que gestações não se prolonguem além de 41 semanas. Desvantagem: Doloroso.

Quadro 4

Avaliação pelo Índice de Bishop				
Pontuação	0	1	2	3
Altura da apresentação	- 3	- 2	- 1 e 0	+ 1
Dilatação cervical	0	1-2 cm	3-4 cm	5
Apagamento do colo (%)	0-30	40-50	60-70	80
Posição	Posterior	Intermediária	Anterior	-
Consistência	Firme	Intermediário	Amolecido	-

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Um índice de Bishop maior ou igual a 9 traduz um colo favorável.

► **Vitalidade do conceito.** A auscultação dos batimentos cardíacos do feto (BCF) é um procedimento indispensável para examinar a vitalidade durante o trabalho de parto. Os ruídos do coração constituem a única manifestação clínica objetiva de funcionamento do aparelho circulatório do conceito; vigiando-os, será possível diagnosticar o sofrimento. Em geral, para a percepção e a contagem das revoluções cardíacas do conceito, empregava-se o *estetoscópio de Pinard*, atualmente em desuso, substituído pelo *sonar-Doppler*, e a ausculta é feita, na fase de dilatação, 30 s após o término da contração, a cada 30 min. Na pausa intercontrátil, o número de ruídos mantém-se, em geral, entre 110 e 160 bpm, em média 140 bpm.

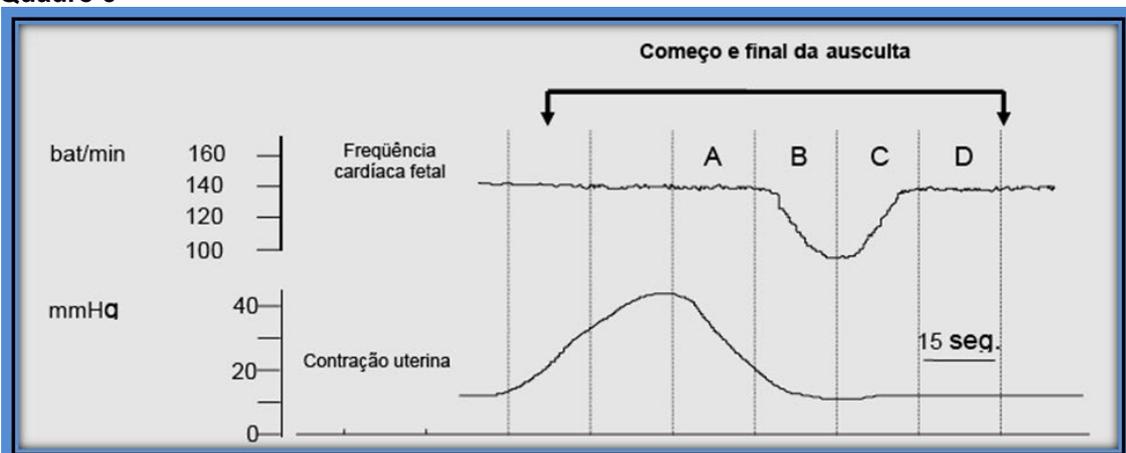
Se apresentar: colocar a parturiente em decúbito lateral esquerdo, vigiar estritamente a FCF, repetir o controle a cada 30 minutos, se houver hipotensão pode-se considerar a administração de uma solução salina por via endovenosa.

Ausculta da frequência cardíaca fetal [FCF] - determinar vitalidade fetal e avaliar bem-estar fetal. Se existem fatores de risco o cuidado na ausculta deve ser extremado. Ausculta clínica, de preferência por sonar Doppler, com o seguinte método para detectar variações na FCF: Entre contrações se determina a FCF basal. Auscultar por 15 segundos e multiplicar por 4.

Equipamentos: estetoscópio de Pinard, sonar portátil ou de mesa, ultrassom.

A ausculta durante e após a contração, para detectar variações. Auscultar desde o início até 30 segundos depois de terminada, em períodos de 15 segundos. Multiplicar o valor por 4 e compará-los entre si e com a FCF basal.

Quadro 5



Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Interpretação da FCF: FCF basal (entre contrações)

Normal	Entre 120-160 bpm
Alerta (hipóxia leve)	Entre 110-<120 bpm (bradicardia), Acima de 160 (taquicardia)
Anormal (hipóxia)	FCF < 110 bpm (bradicardia)

Quadro 6

FCF associada às contrações:	
Normal	Sem variação significativa ou acelerações transitórias. DIP I – desaceleração precoce sincrônica com a contração (CU)
Alerta	DIPs variáveis ou umbilicais, de duração, amplitude e começo variável (possível patologia funicular)
Anormal (hipóxia)	DIP II ou desaceleração tardia. Início tardio em relação à contração e recuperação depois que esta já terminou. Seu valor mínimo é alcançado 20 a 60 seg depois do acme da CU. Bradicardia persistente- inicia-se com a contração e não se recupera após seu término

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Conduta:

bradicardia persistente ou DIP II indicam remoção da parturiente para a Unidade de referência.

bradicardia leve, taquicardia e DIP variáveis são situações de alarme: extremar a vigilância da FCF, com a mãe em DLE.

Monitoração materno/fetal

Contratilidade uterina – dinâmica a cada 2 horas em períodos de 10 minutos.

Frequência cardíaca fetal - deve ser avaliada a cada 30 minutos nas situações de risco habitual e a cada 15 minutos nas situações de alto risco.

Avaliação fetal: deve ser feita pela ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais a cada 30 minutos, antes durante e após as contrações, com sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard.

Monitorização fetal intraparto: estetoscópio de Pinard, sonar doppler, cardiotocografia [Caldeyro Barcia: DIP I/DIP II/ DIP U; Desacelerações Precoces, Tardias e Variáveis].

Traçado de cardiotocografia categoria II

Linha de base

Bradicardia sem variabilidade ausente

Taquicardia

Variabilidade batida a batida

Mínima

Ausente, mas sem desacelerações recorrentes

Aumentada

Acelerações transitórias

Ausência de acelerações transitórias após estimulação fetal

Desacelerações periódicas ou episódicas

Desacelerações variáveis recorrentes com variabilidade mínima ou ausente

Desacelerações prolongadas se > 2 e < 10 min

Desacelerações tardias com variabilidade moderada

Desacelerações variáveis com retorno lento à linha de base e rebote ou “ombro” posterior

Traçado de cardiocotografia categoria III

Variabilidade da linha de base ausente em qualquer um dos seguintes fatores:

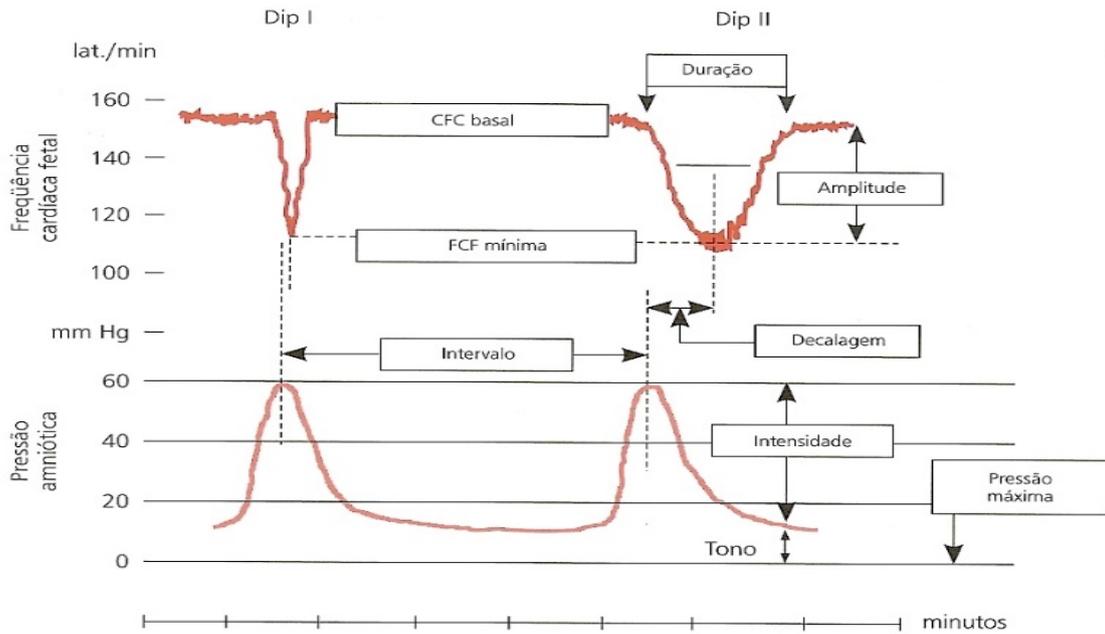
Desacelerações tardias recorrentes

Desacelerações variáveis recorrentes

Bradycardia

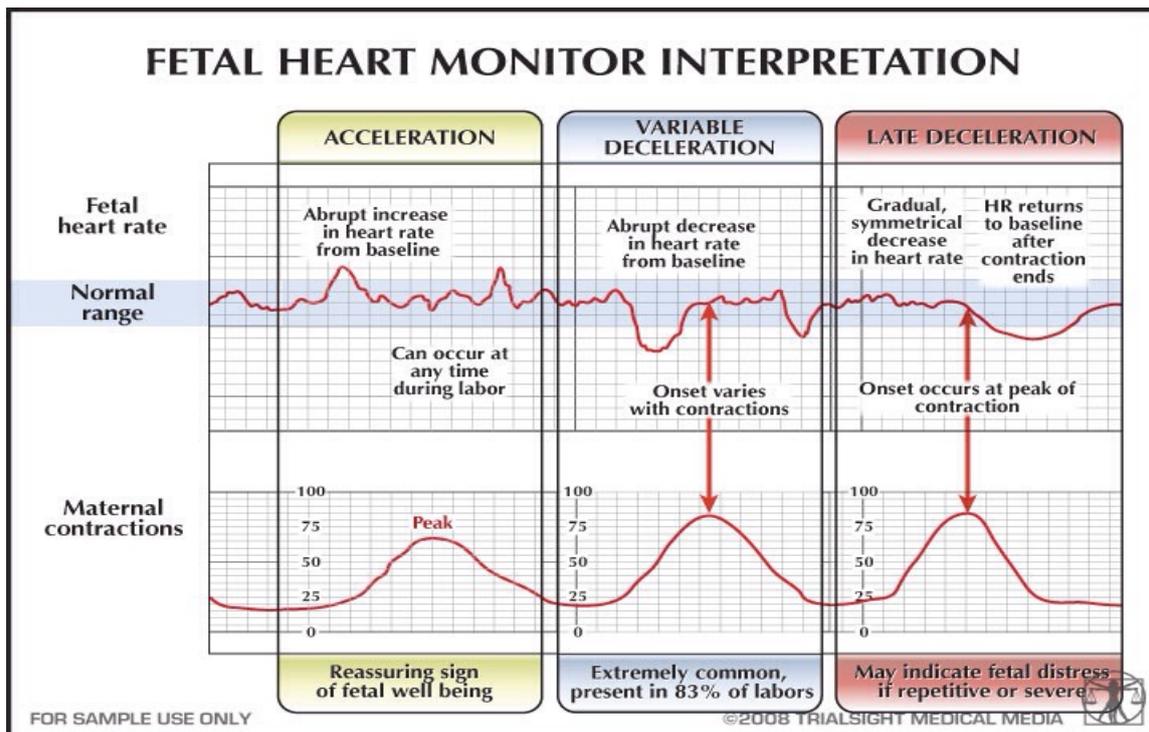
Padrão sinusoidal

Quadro 7



Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

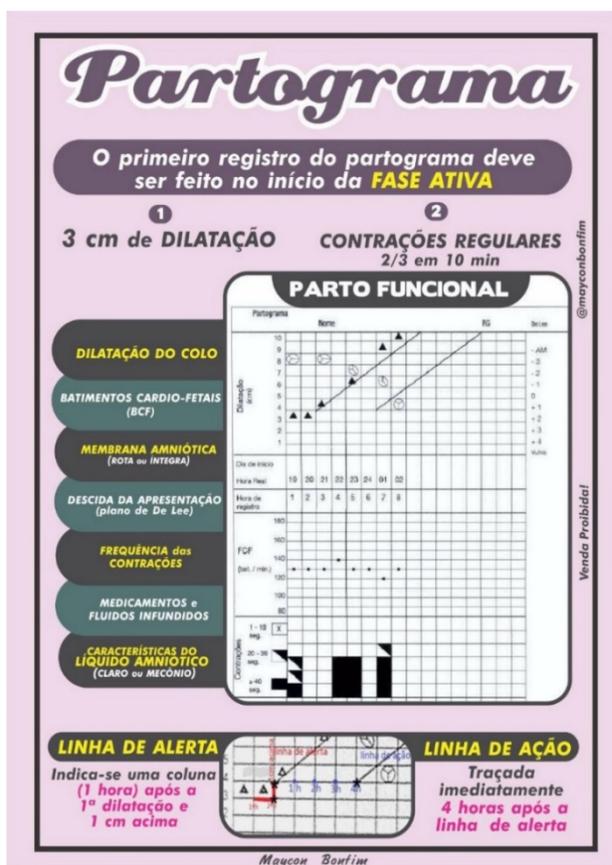
Quadro 8



Fonte: Trialsight Medical Media. <https://www.pinterest.com/pin/105130972524121557/>.

► **Partograma** - é a representação gráfica do trabalho de parto que possibilita acompanhar a sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção dos desvios, evitando intervenções desnecessárias. A curva de dilatação cervical se processa de forma ascendente, com menor velocidade de dilatação inicialmente. No final, após 4 cm de dilatação, a velocidade aumenta espontaneamente. Essa diferenciação na velocidade da cervicodilatação caracteriza a *fase latente* (inicial) e a *fase ativa* (final). Na fase latente do trabalho de parto, a conduta é expectante. Em muitas mulheres, a duração é superior a 20 h e os ocitócicos devem ser evitados pelo risco aumentado de cesárea, decorrente do colo desfavorável. Na forma mais comum de montagem do partograma, utiliza-se papel quadriculado, colocando nas abscissas (eixo X) o tempo em horas e, nas ordenadas (eixo Y), em centímetros, a dilatação cervical à esquerda e a descida da apresentação à direita. Para a descida da apresentação, considera-se o **plano zero de De Lee** ou o correspondente **plano III de Hodge** – espinhas ciáticas do estreito médio da bacia; acima desse ponto, estão os valores negativos e, abaixo, os positivos. Na construção do partograma, existem duas linhas paralelas denominadas *linhas de alerta* e *de ação*. Quando a dilatação atinge ou cruza a linha de alerta, isso significa a necessidade de melhor observação clínica; a intervenção médica torna-se necessária somente quando a curva de dilatação cervical atinge a linha de ação, o que não significa conduta cirúrgica.

Quadro 9



Para a construção do partograma, algumas observações são necessárias: No partograma, cada divisória corresponde a 1 h na abscissa (eixo X) e 1 cm de dilatação cervical e de descida da apresentação na ordenada (eixo Y) Inicia-se o registro gráfico quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto (2 a 3 contrações generalizadas em 10 min, dilatação cervical mínima de 3 a 4 cm). Os toques vaginais são realizados a cada 2 h. Em cada toque, deve-se anotar a dilatação cervical, a altura da apresentação, a variedade de posição e as condições da bolsa das águas e do líquido amniótico; quando a bolsa estiver rompida, por convenção, registra-se a dilatação cervical com um triângulo e a apresentação e a respectiva variedade de posição são representadas por uma circunferência. O padrão das contrações uterinas e dos BCF, a infusão de líquidos, fármacos e o uso de analgesia devem ser devidamente registrados.

Fonte: Maycon Bonfim

A dilatação cervical inicial é marcada no ponto correspondente do gráfico, traçando-se na hora imediatamente seguinte a linha de alerta e, em paralelo, 4 h após, sinala-se a linha de ação, desde que a parturiente esteja na fase ativa de parto (no mínimo, 1 cm/h de dilatação). As principais características do parto normal são: Início espontâneo, Apresentação cefálica de vértice, única; Gravidez a termo (37 a 42 semanas); nenhuma intervenção artificial; Duração <12 h em primíparas e <8 h em multíparas.

Partograma: utilizar para acompanhamento de todas as pacientes em trabalho de parto. Registrar a curva de dilatação cervical com “X” e a curva de descida da cabeça fetal com “O”. Considerar com TP disfuncional a falta de aumento da dilatação em 1 hora ou progresso lento que afaste a curva de dilatação para mais de 2 horas à direita da linha de alerta. Nestes casos, buscar a causa da disfunção (disfunção contrátil ou TP obstruído).

Distócias diagnosticadas pelo partograma, a partir das linhas de ação:

Dilatação – fase ativa prolongada, parada secundária dilatação e parto precipitado.

Pélvico – período pélvico prolongado e parada secundária da descida.

Manejo ativo do TP: consiste em uma série de medidas descritas abaixo, que demonstraram ser capazes de encurtar o tempo de trabalho de parto, reduzir o risco de trabalho de parto prolongado e, possivelmente, reduzir a taxa de cesarianas (14,1% no grupo de manejo tradicional x 10,5% no manejo ativo). As medidas que compõem o manejo ativo são:

Toques vaginais a cada hora nas primeiras três horas, e a cada 2 horas no período subsequente;

1º toque feito 1 hora após a admissão: se dilatação não progrediu pelo menos 1cm: realizar amniotomia. A amniotomia reduz a duração do TP em 1 a 2 horas, reduz a chance de Apgar abaixo de 7 no 5º minuto (OR=0,34 com IC95% de 0,30 a 0,96) e

também reduz a necessidade de ocitocina (OR=0,79 com IC95% de 0,67 a 0,92)^{12(B)}; 2º toque feito 1 hora após amniotomia: se não houver progressão de pelo menos 1 cm, iniciar com uso de ocitocina^{8-11(A)}.

Quadro 10

Conduta no período de dilatação

Condição	Conduta
Evolução normal	Observação conservadora sem manobras nem medicação com assistência ao período expulsivo com dilatação completa.
Hiperdinamia	Inibição uterina e assistência segundo normas de alto risco, com comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.
Hipodinamia	Estimulação ocitócica, caso indicada pelo partograma
Taquicardia fetal	Decúbito lateral esquerdo
Bradycardia leve	Controlar FCF com mais frequência
Dips variáveis	Monitoração eletrônica contínua se disponível
Dips I	Comunicar ao médico obstetra responsável.
Bradycardia persistente	Preparar a parturiente para remoção- mantê-la em DLE, com O2 sob cateter até a remoção.
Dips II	
Parto prolongado	Reavaliar antecedentes de patologia cervical, proporção feto-pélvica e contratilidade; corrigir hipodinamia; controle em duas horas. Se não houver progresso, amniotomia; controle em duas horas; se não evolui, conduzir segundo normas de alto risco, ou seja, encaminhá-la para a Maternidade de referência.
Hemorragia genital	Praticar amniotomia e conduzir segundo normas de alto risco.

Fonte: Assistência ao parto e nascimento. Guia de Práticas Assistenciais. Hospital Sofia Feldman, 2007.

Amniotomia - encurta a duração do trabalho de parto. A amniotomia só deve ser realizada ante a aparição de complicações:

Trabalho de parto prolongado (descartada desproporção fetopélvica e hipodinamia)

Necessidade de encurtar o trabalho de parto por patologia materno-fetal

Polidrâmnios

Hemorragia por placenta prévia marginal

Descolamento prematuro da placenta

Feto morto ou malformação fetal

Uso de ocitocina: diluir 10UI em 1000 ml de soro glicosado; utilizar em bomba de infusão ou com equipo comum; durante o uso, avaliar constantemente as contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal. Se o padrão contrátil exceder 5 contrações em 10 minutos, as contrações tiverem duração maior que 1 minuto ou houver desaceleração da frequência cardíaca fetal: descontinuar o uso.

Progresso da dilatação e da descida da apresentação

Exame genital a cada 2 horas, dependendo da evolução do trabalho de parto. Devem-se evitar toques vaginais em excesso devido ao risco de infecção. Deve-se levar em consideração:

- variedade de posição
- deflexão da cabeça fetal

- grau de proporção fetopélvica
- paridade
- posição materna
- estado das membranas

Capítulo III

Segundo período do trabalho de parto I - normal.

Equipamentos de Proteção Individual. O Parto vaginal, humanizado. A amniotomia e a episiotomia. A analgesia e anestesia.

O perfeito diagnóstico da fase ativa do trabalho de parto implica numa série de vantagens a parturiente, reduzindo o uso de Ocitocina e Analgesia.

ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL

Pontos-chave

O uso sistemático e obrigatório de EPI para todos a equipe de parto.

O diagnóstico do trabalho de parto (fase ativa) é feito pela ocorrência de contrações uterinas dolorosas, rítmicas (no mínimo 2 em 10 min), com duração de 50 a 60 s, colo com dilatação de 5 cm em múltiparas e até maior em nulíparas e formação da bolsa das águas.

As primíparas já entram em trabalho de parto com o colo apagado; nas múltiparas, ele se apaga e se dilata simultaneamente até 5 cm, para, em seguida, completar a dilatação total (10 cm).

A ruptura da bolsa das águas, quando espontânea, ocorre em 80% das vezes na fase final da dilatação ou no início da expulsão.

Para a expulsão do feto, devem estar presentes e somados dois fatores: sístole involuntária do útero e contração voluntária da prensa abdominal (puxo).

A assistência durante a dilatação engloba o toque vaginal (colo, bolsa das águas, apresentação), ausculta dos BCF, amniotomia, anestesia (bloqueio combinado).

A assistência à expulsão compreende: posição de Laborie-Duncan, anestesia locoregional do períneo (ou bloqueio combinado, iniciado durante a dilatação), episiotomia, e fórceps de alívio quando indicado.

Embora ainda seja alvo de críticas, o partograma tem sido utilizado na assistência ao parto.

Os componentes fundamentais na conduta ativa no secundamento são: administração de agente uterotônico, tração controlada do cordão e massagem uterina.

Após o secundamento, realizam-se a revisão do colo, a episiorrafia e o exame da placenta. A assistência ao recém-nascido comporta: aspiração de secreções, determinação do índice de Apgar, ligadura do cordão, profilaxia da oftalmia neonatal.

Dr. CONIVADO

DR – definição de RISCO – Pré-natal, intraparto, reserva fetal, evolução.

CO – contrações – palpação, transdutor, N hiperestímulo >7/15'.

Ní – nível $\geq 10'$; 110-160 bpm, taquicardia - febre, corioamnionite, hipóxia, prematuridade, tocólise β -adrenérgicos.

V – variabilidade 10-15 (SNC) preditor bem-estar, padrão deprimido – sono, hipoglicemia, drogas, acidose, prematuro.

A – acelerações $\geq 15 \geq 15'$; acelerações transitórias.

D – desacelerações – correlacionar contração uterina, CTG, ombros, variação int.; DIP I, DIP II e DIP umbilical.

O – opinião.

Cardiotocografia:

Tranquilizadora – acelerações transitórias, variabilidade ≥ 15 , FCF 110-160;

Intranquilizadora/preocupante conduta – sinais vitais maternos, toque, parar o ocitócito, estímulo acústico. Coleta de sangue materno PH $>7,25$ a cada hora; 7,2=7,25 a cada 30’;

Conduta na hipóxia fetal: mudar posição materna, oxigênio nasal [O₂], hidratação, tocólise, amnioinfusão, parto imediato PH $<7,20$.

↑**FCF** – amniotomia, cuidar c/prolapso de cordão, toque, coleta sangue couro cabeludo, hipertonia, hipotensão materna, convulsão materna. Estímulo couro cabeludo e acústico acelera BCF PH $>7,25$. [$<7,20$ - hipóxia, acidose, $<7,10$ ↑óbito].

Amnioinfusão – compressão de cordão e mecônio espesso. Iniciar SF 250-500 ml + 50-60 ml/h.

A. DILATAÇÃO E EXPULSÃO

Três fases principais precedidas de estágio preliminar, o período premonitório (pré-parto); dilatação, expulsão e secundamento,

Período premonitório (pré-parto): caracterizado principalmente pela descida do fundo uterino. A adaptação do polo proximal do feto ao estreito superior traz consigo, no entanto, a incidência de dores lombares, o estiramento das articulações da cintura pélvica e distúrbios circulatórios decorrentes dos novos contatos. Há grande quantidade de secreções das glândulas cervicais, com eliminação de muco e, eventualmente, mesclado de sangue; encurta-se a porção vaginal do colo; (*dolores praeparantes*). A atividade uterina vai crescendo paulatinamente, na intensidade e na frequência das *contrações de Braxton-Hicks*, apresentando melhor coordenação e envolvendo áreas cada vez maiores. No pré-parto, acentua-se o *amolecimento* do colo, combinado ao *apagamento*, que anuncia a incorporação da cérvix ao segmento inferior, e caracteriza-se a *maturidade*. No amadurecimento da cérvix, a *relaxina* apresenta função relevante; trata-se de um polipeptídeo hormonal produzido pelo corpo lúteo, pela decídua e pelo cório.

O falso trabalho de parto e as contrações dolorosas do pré-parto são quadros clínicos frequentes no final da gravidez; apresentam em comum as metrossístoles, de ritmo irregular e sem coordenação, que, pelo fato de não produzirem modificações do colo, são um diferencial no diagnóstico do verdadeiro trabalho. Há quem chame *fase latente* o final do pré-parto ou o início do trabalho, quando as contrações uterinas, embora rítmicas, não determinam ainda a dilatação progressiva do colo.

Fase de dilatação (ou 1º período)

Inicia-se a fase de dilatação com as contrações uterinas dolorosas (que começam a modificar ativamente a cérvix) e termina quando a sua ampliação está completa (10 cm). Às *dolores praeparantes* (dores preparatórias) do período premonitório sucedem-se as *dolores praesagiantes* (dores de presságio ou sinalização) da fase de dilatação.

Diagnóstico do trabalho de parto

Contrações dolorosas, rítmicas (mínimo de duas em 10min), que se estendem a todo o útero e têm duração de 50 a 60s. Doze contrações por hora (2/10min) é sinal importante de trabalho de parto verdadeiro ou iminente;

Formação da bolsa-das-águas;

Perda do *tampão mucoso*, denunciando o apagamento do colo; são subsídios diagnósticos a serem discutidos adiante.

Duração normal do trabalho de parto

Na primíparas, a fase latente dura, em média, 20h; nas multíparas, 14h. Contudo, com a assistência ativa à parturição, a maioria dos partos normais ocorre dentro de 6h.

Assistência à dilatação

► **Cuidados iniciais.** Higiene corporal e fornecimento de vestuário apropriado. A tricotomia do monte de Vênus e da genitália externa e o enema intestinal estão abolidos. Presença de um acompanhante garantindo o conforto psíquico.

► **Alimentação.** Evitar jejum. Ingerir apenas alimentos leves, devendo-se abster de grandes refeições.

► **Deambulação.** A parturiente poderá locomover-se durante o período de dilatação, até a ruptura das membranas, e desde que não esteja sob analgoscopia. Depois, será mais prudente permanecer no leito, *em decúbito lateral*, para melhoria das contrações uterinas e da oxigenação fetal.

► **Posição da parturiente para o parto.** Deve-se evitar a posição de litotomia ou ginecológica clássica e outras posições horizontais. Deve evitar-se também que as pernas estejam presas. De preferência a paciente pode adotar a posição que preferir neste momento, porém as seguintes posições devem ser eleitas para a condução do período expulsivo:

Semi-sentada: ângulo de 110 a 120 graus

Sentada: ângulo de 90 graus entre o plano da coluna e da bacia e com apoio para os pés.

De cócoras: com uso de arco para apoio durante os puxos. Nesta posição, deve-se alternar para a posição sentada entre as contrações.

Outras posições menos frequentes, mas consideradas como boa prática, também podem ser utilizadas:

Lateral

Quatro apoios ou genupeitoral

Parto na água- posição semi-sentada ou de cócoras

De pé

► **Cateterismo vesical.** Impossível a micção espontânea e se houver presunção de bexiga repleta.

► **Anormalidade de frequência cardíaca fetal.** Anormalidades na frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto e no período expulsivo não necessariamente significam insulto ao feto. Quedas na FCF até 100- 110 bat./min. são normais durante o período expulsivo. FCF persistentemente menor que 100 bat./min. entre os puxos sugere comprometimento fetal e devem-se adotar medidas para a sua correção.

Conduta: Mudar a paciente de posição, se a mesma estiver em litotomia, para posição vertical ou decúbito lateral esquerdo; infusão de líquidos; oxigênio por máscara a 8-10 L/min.; correção de hipotensão materna se presente e descontinuar uso de ocitocina. Se tais medidas não forem suficientes para a correção da anormalidade, o parto deve ser conduzido segundo normas de alto risco, com comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.

► **Toque vaginal.** Trata-se do toque vaginal uni ou bidigital. Avaliar: o *colo* (apagamento, dilatação, orientação e consistência), a *bolsa das águas* e a *apresentação* (posição, variedade, altura e proporcionalidade à bacia, além de outros detalhes como a flexão e o assinclitismo).

Os ossos da abóbada craniana fetal se sobrepõem, acavalcando-se, as suturas não são percebidas, se exibem como cristas ósseas; das fontanelas, apenas a bregmática tem essas características de espaço membranoso, sentindo-se o lambda como superfície angular. São considerados fenômenos *plásticos*, fisiológicos, de redução de diâmetros, favorecendo a acomodação e a migração do polo cefálico.

O dedo do examinador percorre a área ocupada pela região fetal que se apresenta até encontrar a linha de orientação, que varia com o caso: *sutura sagital*, nas apresentações

de cabeça fletida.

Procura-se reconhecer o *ponto de referência fetal*, que, nas cefálicas fletidas, é o *lâmbda* ou *pequena fontanela*. O número de toques deve ser reduzido ao mínimo necessário. Recomenda-se tocar a cada duas horas.

Após o toque, retirados os dedos, é sempre recomendável verificar as secreções que tingem a luva nas extremidades digitais, visto que, assim, será possível identificar líquido meconial ou sangue com odor diverso, o que possibilitará o diagnóstico do sofrimento fetal, de síndromes hemorrágicas ou de infecção.

► **Altura da apresentação.** Nas primíparas, ao início do trabalho, no nível das espinhas ciáticas (nível "0") - *insinuada*. Nas múltiparas, a insinuação ocorre somente no fim da dilatação ou no começo da expulsão; a apresentação permanece *alta*; e está *baixa* quando, após ter sofrido a rotação interna (sutura sagital no eixo anteroposterior da bacia), tem contato com o períneo, o que ocorrerá no período de expulsão.

► **Bolsa das águas.** Diagnosticar a ruptura das membranas. Por meio do tato, é possível distinguir a superfície do couro cabeludo ou as pregas genitais (na apresentação pélvica), da superfície lisa das membranas. As dificuldades despontam: se é *chata*, diretamente aplicada contra a apresentação ou presente a bossa serossanguínea. A amniotomia, ruptura das membranas, que será realizada durante a contração uterina com dilatação >7cm. O líquido amniótico que escoar deve ser convenientemente examinado. Corado por mecônio, esverdeado, indica sofrimento do feto, presente ou já ocorrido.

A **ruptura das membranas** que ocorre no parto pode ser atribuída ao enfraquecimento generalizado, atuando as contrações uterinas e o repetido estiramento. As rupturas âmnicas são consideradas *prematargas* quando não houver trabalho de parto; *precoces*, no início do parto; *oportunas*, quando ocorrem ao final da dilatação; e *tardias*, quando sobrevêm concomitantes à expulsão do feto, que, ao nascer envolto pelas membranas, é chamado feto empelicado. São **espontâneas; provocadas ou artificiais**, quando decorrem da ação direta do parteiro (utilizando dedo ou instrumentos); e *intempestivas*, quando acarretam prolapsos, procidências ou escape quase total do líquido amniótico.

► **Analgesia.** Uso de MEPERIDINA endovenosa (50-100 mg), de forma lenta e diluída, associada ou não à METOCLOPRAMIDA, devendo-se evitar, apenas, o seu uso próximo ao final do primeiro período (dilatação maior que 6 cm), pelo risco de depressão respiratória no RN. O alívio da dor durante o trabalho de parto pode ser obtido apenas com um suporte psíquico-físico adequado. Deve-se transmitir segurança à parturiente, assim como orientá-la adequadamente sobre a evolução do parto. A presença de um familiar pode contribuir sobremaneira para a redução da intensidade dolorosa. As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento, etc., devem ser utilizados para alívio da dor. Utilização da banheira ou chuveiro no trabalho de parto e parto e das bolas plásticas de nascimento. Utilizar música, silêncio, cores, aromas, mobilidade, banhos e massagens. Ao ser realizado parto com analgesia deve-se atentar para a possibilidade de redução da dinâmica uterina, com a necessidade de correção da mesma (ocitocina) e para o aumento da chance de parto instrumentado [fórceps, vácuo-extrator ou cesárea].

► **Ocitocina.** Embora acelere o trabalho de parto, aumentando a intensidade e a frequência das contrações uterinas, seu uso deve ser limitado aos casos em que está hipoativa a dinâmica da matriz. A resposta do útero à ocitocina, no período de dilatação, é quase imediata. Nunca será irrelevante insistir sobre a necessidade imprescindível de observação atenta da perfusão, repetindo-se periodicamente a contagem do gotejo, a variar constantemente; é fundamental averiguar, repetidamente, a frequência das contrações e sua duração, bem como auscultar, cuidadosamente, os BCF.

ASSISTÊNCIA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO OU FASE DE EXPULSÃO (2º PERÍODO)

Controles no período expulsivo

► **Assistência à expulsão.** A Parturiente agitada e apresenta o desejo de defecar [puxos], as metrossístoles frequentes e intensas, com contração voluntária da prensa abdominal.

► **Dilatação cervical completa e apresentando puxos involuntários.**

► **Contratilidade** - Avaliar em conjunto com a eficácia do puxo materno. A presença de avanço da apresentação e da rotação sugere normalidade.

► **Puxos.** “Vontade de espremer”, os *puxos*, movimentos enérgicos da parede do ventre, semelhantes aos suscitados pela evacuação ou micção penosas. Deve-se evitar os puxos dirigidos, pois estes se associam com maior frequência, a esgotamento materno e queda na FCF, além de maior incidência de lacerações perineais. Deve ser estimulado e apoiado o puxo espontâneo. A parturiente imobiliza o tórax, firmando os braços em pontos de apoio no leito; interrompe a respiração e abaixa o diafragma como nos movimentos expiratórios violentos, executando forte contração da musculatura abdominal. Por efeito de tal esforço, a apresentação desce pelo canal do parto, cumprindo os tempos preliminares do mecanismo de expulsão; passa a pressionar o períneo, que se deixa distender, encosta-se às paredes do reto, elimina o conteúdo ocasional e turgescer o ânus. Além disso, a urina flui, aos jatos, pelo meato. *Inter faeces et urinas nascimur* (o nascimento se dá entre fezes e urina).

► **Preparação.** Seguir estritamente as normas de antissepsia: uso de roupa limpa, instrumental estéril para assistência ao parto, lavagem cirúrgica das mãos, uso de luvas estéreis, **USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**, assepsia perineal com água e sabão. Usar antisséptico tópico se for realizar episiotomia, utilizar campos estéreis.

► **Ausculta Fetal.** Auscultar o BCF a cada 5 minutos durante o período expulsivo, imediatamente antes, durante e após a contração uterina. Em pacientes de risco a frequência da ausculta fetal deve ser após cada contração. É normal a presença de quedas na FCF até 100-110 bat./min. devido à compressão cefálica. Uma FCF < de 100 bat./min., mantida entre os puxos, sugere sofrimento fetal, o que deverá ser imediatamente comunicado ao obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.

► **Avanço da apresentação e desprendimento** – avaliar por meio de toque vaginal o avanço da apresentação.

► **Posicionar a paciente: *postura de Laborie-Duncan*.** Posição de dar à luz; decúbito dorsal com flexão máxima das coxas sobre o abdome e abdução dos joelhos. Outras: posição vertical, posição sentada, em cadeira obstétrica, ou até colocando a paciente de cócoras, nas cadeiras obstétricas. ***Posições que modificam a amplitude da bacia:*** posição de Bonnaire-Bué [flexão moderada da perna sobre a coxa, e dessa sobre o tronco], posição de Laborie-Duncan [exagero da flexão que aumenta o diâmetro anteroposterior do estreito inferior] e posição de Couzat-Walcher [amplia o estreito superior].

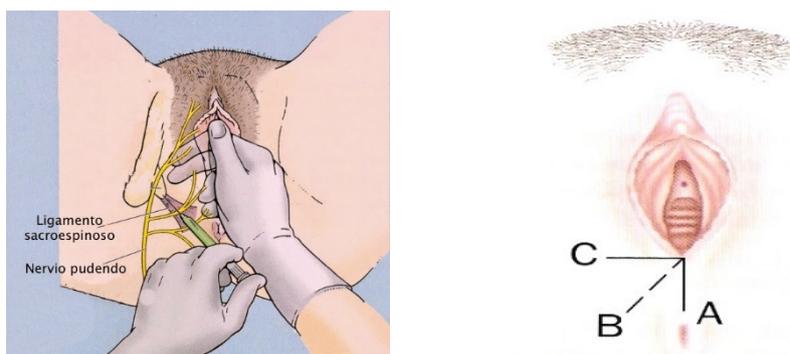
► **Amniotomia** - proceder a amniotomia se está ainda não foi realizada.

► **Antissepsia:** Realizar assepsia da região perineal e face interna dos MMII, ao nível das coxas.

► **Anestesia locorregional. BLOQUEIO PUDENDO e infiltração em leque.** Se necessária a realização de episiotomia. Inicialmente, procede-se ao bloqueio troncular do nervo pudendo interno, na extremidade da espinha ciática; antes da introdução da agulha, o local é meticulosamente reparado pelo indicador, colocado na vagina; feito isso, realiza-se a deposição de 10 ml do anestésico; no lado oposto. É necessário infiltrar a metade inferior da vulva, a fáscia, por cima dos músculos levantadores do

ânus, os próprios levantadores e a cunha perineal. A substância anestésica será distribuída nessa zona, com movimentos de avanço e recuo, rigorosamente em leque, sempre injetando a solução. Praticam-se botões intradérmicos na rafe mediana, equidistante da fúrcula e do ânus, e por ele introduz-se a agulha, protegida por dois dedos vaginais, no espaço retovaginal. A zona de incisão da episiotomia deve ser especificamente anestesiada. Em geral, o emprego de 40 ml de solução de lidocaína (xilocaína) a 1% ou de cloridrato de procaína (novocaína), também a 1%, em cada lado do períneo, proporciona bloqueio anestésico satisfatório com relaxamento do assoalho pélvico.

Figura 3 e 4



Fontes: Dor pélvica crônica tem tratamento. Maïke Heerdt; e Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

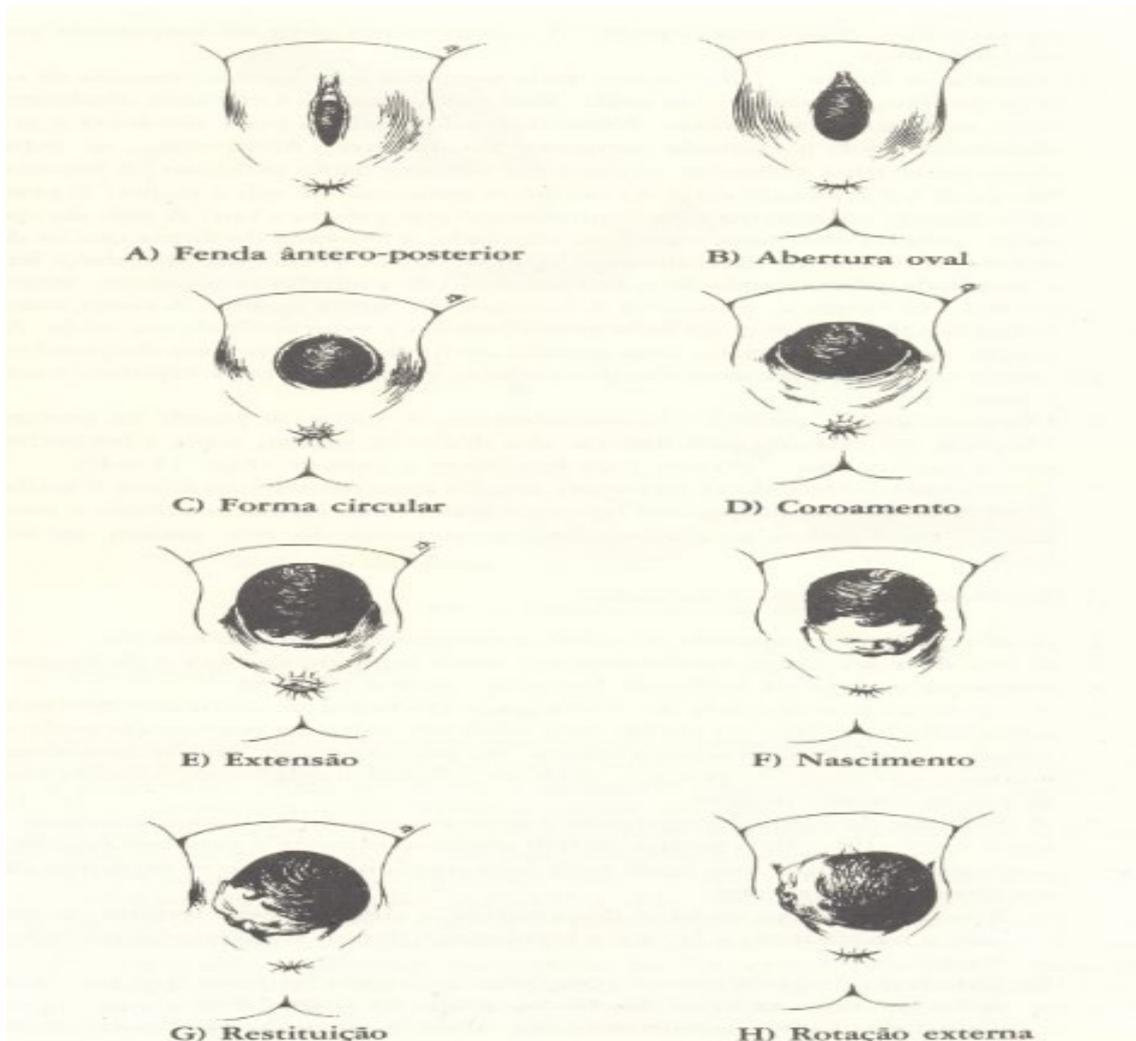
► **Episiotomia:** não deve ser feita de forma rotineira, sendo recomendado avaliação individualizada, após anestesia local ou bloqueio de pudendo; deve ser realizada seletivamente, somente nos casos em que exista indicação para seu uso (sofrimento fetal, uso de fórceps, cardiopatia materna, período expulsivo prolongado, posições posteriores, fetos grandes, distócia de ombro, parto pélvico, risco de lacerações importantes do canal de parto 3º e 4º graus]. **Técnica:** Bloqueio pudendo e infiltração em leque se necessária a realização de episiotomia: infiltra-se os tecidos do trajeto onde será feita a incisão com lidocaína a 1%, tanto no plano superficial como profundo. Realizar preferencialmente a episiotomia médio-lateral, que apresenta menor risco de extensão para reto e esfíncter anal. Deve ser realizada no momento da distensão perineal por um puxo, quando a cabeça fetal é visível com um diâmetro de 3 a 4 cm. Fazer a incisão com tesoura reta, dando-se preferência para a direção médio-lateral esquerda. A incisão mediana pode ser realizada dependendo do julgamento individual e experiência do profissional assistente. Feita com tesoura ou bisturi, poderá ser mediana (perineotomia) e mediolateral, sendo esta a nossa preferência; a ferida incisa, de mais fácil e segura recomposição, substitui-se à lesão contusa da ruptura.

► **Manobra de Kristeller e Fórceps de alívio.** Não é o procedimento inofensivo e estão em desuso. A Manobra de Kristeller está proibida e proscrita do uso obstétrico. O uso de fórceps quando possuem indicação absoluta somente é preconizado e aplicado por profissionais habilitados, capacitados e experientes.

► **Desprendimento do polo cefálico:** É primordial preocupar-se com a proteção ao períneo quando do desprendimento do polo cefálico; realizar a manobra de Ritgen modificada, com o objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça; uma vez desprendido o polo cefálico, aspirar secreções em orofaringe e narinas. **Controle do desprendimento da cabeça e Proteção ao períneo: MANOBRA DE RITGEN,** com o objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça. Consiste na aplicação de pressão moderada ao queixo fetal (nas apresentações em OP) pela mão esquerda do parteiro, coberta com uma compressa estéril, enquanto a região suboccipital da cabeça fetal é

segurada contra a sínfise pela mão direita, a fim de evitar movimento abrupto de desprendimento cefálico e lesão nos órgãos maternos.

Figura 5



Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

► **Verificar se há circular cervical de cordão.** Após o nascimento do polo cefálico, explora-se a região cervical do concepto em busca de circulares do cordão que, presentes, serão desfeitas ou seccionadas. Se a circular de cordão for apertada, clampar e cortar o cordão.

► **Assistência ao desprendimento dos ombros.** Finalizada a rotação externa da cabeça, o parteiro apreende com ambas as mãos a apresentação, traciona para baixo – com objetivo de liberar o ombro anterior e depois para cima, auxiliando a saída do posterior. Se o mesmo não for espontâneo, tracionar ligeiramente a cabeça fetal inferiormente para liberar o ombro anterior e, em seguida, superiormente para liberar o posterior. Cuidado com a liberação do ombro posterior, elevando o dorso fetal para o abdome da mãe e protegendo o períneo de laceração, não tracionar para baixo ou horizontalmente pois lacera o períneo. **A RETIRADA DO OMBRO POSTERIOR SEM A SUA ELEVAÇÃO TOTAL É A RESPONSÁVEL PELAS GRANDES LACERAÇÕES VAGINAIS POSTERIORES.** Aplicar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento do ombro anterior.

Figura 6



Fonte: Trabalho de Parto e Parto de Oxorn e Foote - Posner - 6ª edição

► **Profilaxia da hemorragia puerperal.** Aplicar 10 UI de ocitocina intramuscular após o desprendimento do ombro anterior (também pode ser utilizado ergometrina, combinações de ocitocina e ergometrina e Misoprostol, com o que se consegue reduzir as perdas sanguíneas no secundamento, apressando a dequitação).

► **Episiorrafia.** Em geral, o reparo da episiotomia é feito *após* o secundamento, evitando que os pontos sejam rompidos durante o parto da placenta, especialmente ao utilizar a extração manual.

Figura 7

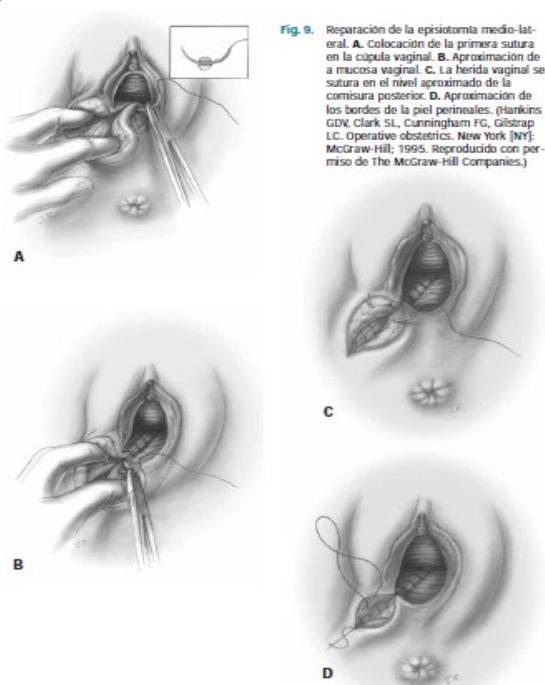


Fig. 9. Reparación de la episiotomia medio-lateral. A. Colocación de la primera sutura en la cúpula vaginal. B. Aproximación de a mucosa vaginal. C. La herida vaginal se sutura en el nivel aproximado de la comissura posterior. D. Aproximación de los bordos de la piel perineales. (Harkins GDV, Clark SL, Cunningham FG, Gilstrap LC. Operative obstetrics. New York [NY]: McGraw-Hill; 1995. Reproducido con permiso de The McGraw-Hill Companies.)

Alinhar tecidos iguais de ambos os lados da incisão, isto é, mucosa com mucosa vaginal e pele com pele do períneo. Primeiro procede-se à sutura da mucosa e submucosa vaginal com pontos em chuleio cruzado com catgut 0 cromado, tendo-se o cuidado de unir, no mesmo nível, a superfície de corte das carúnculas himenais e das junções cutâneo-mucosas de ambos os lados. Terminar a sutura da mucosa ao nível da junção cutaneomucosa. Proceder à sutura da musculatura com pontos separados com catgut 0 cromado, evitando deixar espaços mortos. Se houver necessidade, suturar a fáscia muscular antes de suturar a pele. Por fim sutura-se a pele com pontos subcuticulares, com catgut 0 cromado ou, de preferência, ácido poliglicólico ou poligalactina.

Fonte: Harkins, Clarck, Cunningham, Gilstrap. Operative Obstetrics. New York. MacGraw-Hill. 1995

► **Anormalidades do período expulsivo.** No período expulsivo ainda podem surgir algumas situações de risco e desvios da normalidade que devem ser corrigidas em momento oportuno:

► **Período expulsivo prolongado.** é definido como 3 horas com e 2 horas sem anestesia regional, em nulíparas. Para as múltiparas é definido como 2 horas com e 1 hora sem anestesia regional. **Causas de prolongamento do período expulsivo são:** hipodinamia, puxo materno ineficaz, defeitos de rotação cefálica e desproporção céfalo-pélvica não diagnosticada

Conduta: Estimulação ocitócica no caso de hipodinamia; estimular o puxo materno espontâneo assinalando o momento apropriado (junto com a contração); estimular uma ventilação adequada entre as contrações para se evitar o esgotamento materno; nos casos de distócias de rotação e desproporção, o parto deve ser conduzido segundo normas de alto risco, com comunicação ao médico obstetra responsável.

► **Traumatismo obstétrico.** No período expulsivo podem surgir traumatismos tanto para a mãe como para o recém-nascido que podem ser evitados mediante a adoção de medidas preventivas corretas. □ **Traumatismo materno:** Lacerações do canal de parto (vagina, períneo e colo uterino); ruptura uterina. □ **Traumatismo fetal:** Desalinhamento ósseo cefálico parieto-fronto-occipital; cavalgamento ósseo cefálico; bossa serossanguínea exagerada; cefalohematoma; asfixia; fraturas ósseas; hemorragias intracranianas; paralisias; lesões tegumentares.

A proteção adequada do períneo e a episiotomia corretamente indicada podem prevenir as lacerações do canal de parto. A ruptura uterina deve ser prevenida evitando-se hiperestimulação ocitócica e o diagnóstico e correção oportuna de distócias de rotação e desproporção céfalo-pélvica. Tais medidas também devem ser suficientes para se evitar a maioria dos casos de traumatismo fetal.

Roturas Perineais

1º grau: envolvendo somente pele ou mucosa

2º grau: envolvendo músculos perineais

3º grau: laceração total ou parcial do esfíncter externo do ânus

4º grau: ruptura dos esfíncteres anais externo e interno e da mucosa retal

Capítulo IV

Segundo período do trabalho de parto II - complicações.

Parto Vaginal Assistido - fórceps e vácuo extrator. Distócia de ombro. O parto pélvico. O parto gemelar. O toco-traumatismo. A cesárea segmentar transversa. A hemorragia anteparto.

PARTO VAGINAL ASSISTIDO

O parto vaginal cirúrgico - fórceps e vácuo extrator.

Definição: 2º Período prolongado – nulípara [2-3 horas], múltipara [1-2 horas]

A – ajuda, avisar paciente, chamar assistente, anestesista

B – bexiga vazia

C – colo: dilatação total

D – determinar variedade de posição; fontanela A e P (Y), distócia de ombro,

E – equipamento: checar: fórceps e vácuo extrator, reanimação materna e fetal, medicamentos, anestésicos, fios, instrumentais,

F – Fórceps: checar variedade de posição, sutura, fenestra, fontanelas (PSF - posição fórceps seguro – fontanela posterior equidistante 1cm, fenestra (1dedo), sutura equidistante). Vácuo extrator ventosa Ø 3cm, apresentação, fontanela posterior (flexão cabeça) pressão 10.

G – gentil tração na contração. Por 3 vezes, pressão 50. Manobra Pajot (f):

E escapes, 3 contrações, não descida 1cm. **[PROVA DE TRAÇÃO]**

H – hora de parar: não exceder 20min, <10min, Hora de elevar o fórceps com movimento em 'J', e sem progressão, revisão.

I – Incisão: episiotomia.

J – ATM remover as colheres do fórceps.

FÓRCEPS e VÁCUO-EXTRATOR

► Possíveis indicações para uso de vácuo-extrator ou de fórcipe

Complicações maternas que contraindiquem a manobra de Valsalva (p. ex., distúrbios cardiovasculares, pulmonares ou

neurológicos, descolamento de retina, varizes esofagianas)

Dificuldade ou impossibilidade de utilização da prensa abdominal (p. ex., distúrbios neurológicos ou musculares,

eclampsia, hérnias abdominais, anestesia condutiva)

Condição fetal não tranquilizadora (p. ex., bradicardia persistente, descolamento prematuro da placenta, etc.)

Prolapso de cordão umbilical (indicação exclusiva para fórcipe)

Falha da progressão da descida e/ou da rotação da apresentação

Período expulsivo prolongado

Exaustão materna

Cabeça derradeira no parto pélvico (indicação somente para fórcipe de Piper)

► Contraindicações para uso de vácuo-extrator ou fórcipe

Distúrbios desmineralizantes fetais conhecidos (p. ex., osteogênese imperfeita)

Distúrbios hemorrágicos fetais (p. ex., hemofilia, trombocitopenia fetal)

Cabeça fetal não encaixada (p. ex., quando a apresentação fetal não ultrapassa as espinhas isquiáticas)

Posição fetal desconhecida

Apresentações anômalas (p. ex., face ou frente com mento posterior)
Suspeita de desproporção cefalopélvica
Prematuridade: contraindicação relativa; o vácuo-extrator não deve ser utilizado antes da 34ª semana de gestação,
devido ao aumento do risco de hemorragia intraventricular
Macrossomia fetal em gestante diabética (aumento de risco de distócia de ombros)

► Pré-requisitos

Além da experiência do obstetra na utilização do instrumento escolhido, os seguintes pré-requisitos devem ser atendidos para realização de um parto vaginal instrumentado:
Dilatação completa;
Membranas amnióticas rotas;
Ausência de impedimento de tecidos moles ou duros no trajeto;
Volume (cabeça fetal) e espaço (pelve) compatíveis (ausência de desproporção cefalopélvica);
Cabeça encaixada (apresentação no plano +2 de De Lee ou abaixo deste);
Diagnóstico correto da variedade de posição e altura da apresentação: se a variedade de posição fetal não puder ser determinada com precisão pelo exame clínico, uma avaliação ultrassonográfica pode ser utilizada para determinar a variedade de posição correta, identificando-se as estruturas intracranianas fetais, incluindo cerebelo, órbitas e sulco da linha média;
Presença de equipe capacitada para ressuscitação neonatal;
Consentimento da paciente com o procedimento, registrado em prontuário médico;
Possibilidade de realização de cesariana imediata, se necessário;
Segurança de que todos os pré-requisitos foram preenchidos.

► Classificação

A classificação para partos vaginais assistidos (fórcipe e vácuo-extrator) leva em consideração os dois principais fatores de risco para o binômio materno-fetal: a altura da apresentação e o grau de rotação.

1. Fórcipe ou vácuo-extrator de alívio

O couro cabeludo é visível no introito vaginal sem a separação dos lábios;
O crânio fetal ocupa o assoalho pélvico;
A sutura sagital está no diâmetro anteroposterior, ou occipitossacro (direita ou esquerda), ou occipitopúbico (direita ou esquerda);
A cabeça fetal está no períneo;
A rotação não excede 45 graus.

2. Fórcipe ou vácuo-extrator baixo

O ponto mais baixo da cabeça fetal está no plano $\geq +2$ de De Lee, mas não no assoalho pélvico;
Rotação ≤ 45 graus da esquerda ou direita anterior para occipitopúbica, ou da esquerda ou direita posterior para occipitossacra;
Rotação > 45 graus.

3. Fórcipe ou vácuo-extrator médio

A cabeça fetal encontra-se acima do plano +2 de De Lee, porém insinuada.
A classificação relativa à “fórcipe ou vácuo-extrator alto” foi eliminada, uma vez que estes instrumentos não são mais utilizados na obstetrícia moderna.

► Escolha do instrumento

A escolha do instrumento a ser utilizado deve ser baseada nos seguintes fatores:
Variedade de posição da apresentação fetal;
Nível de treinamento com o instrumento;

Disponibilidade do instrumento;
Avaliação dos riscos e benefícios associados a cada instrumento para cada paciente;
Grau de analgesia materna.

► **Técnica de aplicação**

Posição de litotomia, sendo que a nádega deve ultrapassar ligeiramente o bordo da mesa ginecológica;
Analgesia peridural ou pelo bloqueio bilateral dos pudendos;
Esvaziamento da bexiga (sondagem vesical);
Verificação das condições de aplicabilidade do fórcepe;
Episiotomia, se necessário;
Apresentação do fórcepe (o fórcepe é colocado à frente do períneo, imitando a posição que irá ocupar quando aplicado na pelve);
Aplicação do fórcepe escolhido;
Confirmação da boa pega;
Tração (rotação se necessário) e extração.

DISTÓCIA DE OMBRO

Ref.: <http://www.misodor.com/DISTOCIAS.php>

► **Definição.** A distócia de ombro é definida quando ocorre impactação do ombro anterior atrás da sínfise púbica ou incapacidade de liberação dos ombros pelos métodos usuais. a distócia de ombros é óbvia quando a cabeça fetal se exterioriza e se retrai, o que é comumente referido como “sinal da tartaruga”. **É emergência obstétrica.**

► **Predição e prevenção:** Macrossomia fetal [4.000g ou 4.500g]. É imprevisível; até mesmo a macrossomia fetal, o principal fator de risco, não é bom preditor.

► **Fatores de risco:** distócia de ombros prévia; primeiro estágio do parto prolongado; macrossomia parada secundária; diabetes; segundo estágio do parto prolongado; índice de massa corporal materno > 30 kg/m²; estimulação com ocitocina; indução do parto; parto vaginal assistido (fórceps).

► **Diagnóstico. Ombro impactado, “sinal da tartaruga”.** Deve-se considerar a presença de distócia de ombro quando não ocorre a liberação dos ombros cerca de 60 segundos após o desprendimento cefálico, diante da realização de manobras usuais.

► **Tratamento:**

Manobras de 1a linha: *Manobra de McRoberts*, Pressão Supra púbica [Manobra de Rubin I].

Manobras de 2a linha: *manobras internas de rotação:* Manobra de saca-rolha de Woods e de Rubin II.

Manobras de 3a linha: *Manobra All-Four* [Manobra de Gaskin]; a *clidotomia* (fratura deliberada da clavícula anterior), a *manobra de Zavanelli* (recolocação da cabeça fetal no útero, seguida de cesárea) e a *sinfisiotomia* (secção da cartilagem fibrosa da sínfise sob anestesia local - **proscrita**).

► **Passos a ser seguidos na presença de distócia de ombro:**

- Não entre em pânico;
- Peça ajuda (mãe, acompanhante, doula, circulante, pediatra, anestesista, outro colega, etc.);
- Todos os procedimentos devem ser realizados em aproximadamente 7 minutos;
- Realização de ampla episiotomia se ainda não tiver sido realizada;
- Evitar pressão no fundo do útero [Manobra de Kristeller está proscrita];
- Evitar o uso excessivo da força. Se for necessária uma força adicional, a mesma deve ser aplicada gradualmente;

ALEERTA

A – ajuda, alerta.

L – Levantar as pernas. [Manobra de McRoberts], ↓lordose, >ØAP pélvico, flete a coluna do feto.

E – episiotomia.

E – externa, pressão externa suprapúbica [Manobras de Rubin I]. Continua 30', intermitente 30'.

R – retirar braço posterior.

T – toque, manobras internas.

I – Manobras: de Rubin [por trás, ombro anterior]; Woods [pela frente, ombro posterior; Woods reversa [por trás associada].

A – alterar a posição da paciente [Manobra All-Four]

XYZ - Últimos recursos – fratura de clavícula intencional, M. Zavanelli [recolocação abdominal], histerotomia, Resgate Abdominal, sinfisiotomia.

Seguir a sequência:

► **Pedir ajuda:** outro obstetra, enfermeira, neonatologista, anesthesiologista. Checar condições cirúrgicas do centro obstétrico e material de ressuscitação neonatal;

Figura 8 ► Manobra de McRoberts e pressão suprapúbica externa [Manobra de Rubin I] levantar as pernas, consiste na flexão das coxas maternas sobre o abdome,



aumentando o diâmetro anteroposterior da pelve e diminuindo a lordose lombossacra. Eficácia de 40% quando usada isoladamente e de 50% quando associada a pressão suprapúbica; a hiperflexão dos quadris sobre o abdome materno e a Pressão suprapúbica deve ser realizada no sentido anteroposterior para empurrar o ombro anterior para baixo da sínfise púbica ou lateralmente na superfície posterior do ombro para diminuir o diâmetro ombro a ombro e desviar os ombros em direção ao diâmetro oblíquo da pelve.

Fonte: Veríssimo, CA. Saúde da Mulher.

<http://saude-mulher.blogspot.com/2012/02/distocia-de-ombros.html>

► **Rotação dos ombros: a Manobra de Rubin II** consiste em aplicar uma pressão na superfície posterior de qualquer um dos ombros e tentar a rotação cuidadosa, levando o ombro anterior para a posição posterior ou vice-versa até que este seja liberado.

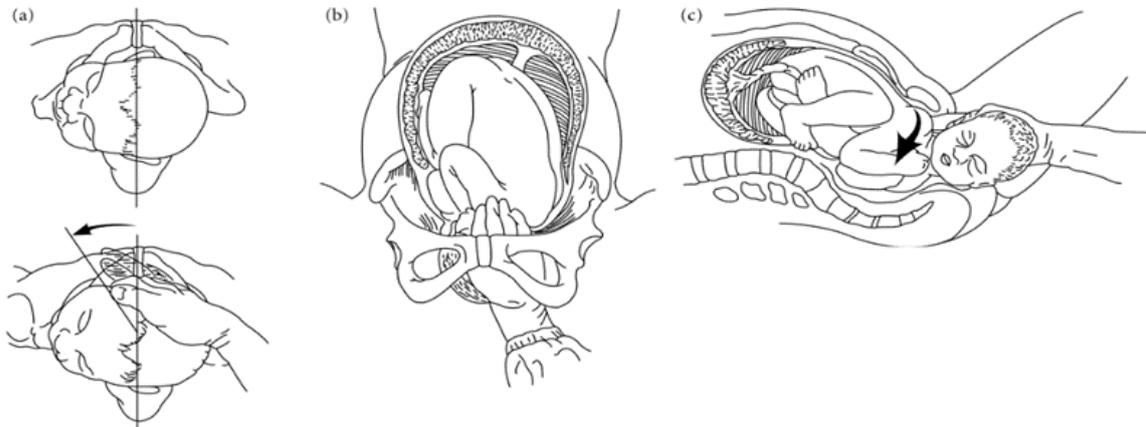
► **Avaliar episiotomia:** realiza-la apenas quando da necessidade de outras manobras, com o intuito de facilitar a introdução dos dedos ou da mão. Lembrar que a distócia de ombro e uma impactação óssea e a realização da episiotomia não fara com que o ombro seja liberado;

► **Retirada do braço posterior [Manobra de Jacquemier]:** palpar o braço posterior até a dobra do cotovelo e, ao fazer pressão nesta, o antebraço irá fletir sobre o braço, permitindo ao obstetra apreende-lo, agarrar a mão fetal e puxa-la suavemente para fora, desprendendo o braço posterior e depois o ombro. Isso reduzira o diâmetro biacromial, e, então, o ombro anterior passara sob a sínfise púbica e sairá;

► **Toque e manobras internas:** manobras que visam girar o ombro anterior nos planos oblíquos e sob a sínfise púbica. Necessitam de episiotomia ampliada:

• **Manobra de Rubin II:** abdução do ombro anterior (2 dedos são introduzidos na vagina e realiza-se compressão posterior no ombro anterior do feto, empurrando-o em direção ao feto). Manter a manobra de McRoberts enquanto ela e executada;

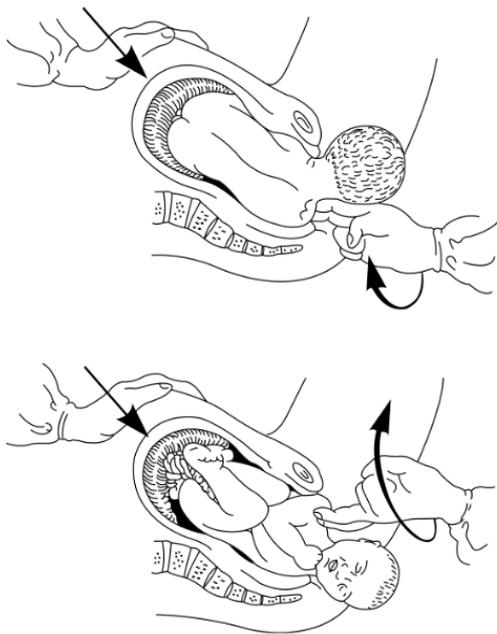
Figura 9



Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

- **Manobra de Woods (parafuso):** Usando-se as 2 mãos, associa-se a manobra de Rubin II uma pressão bidigital na face anterior do ombro posterior, aduzindo este ombro e, ao mesmo tempo, abduzindo o anterior, fazendo o feto rodar no sentido horário;

Figura 10



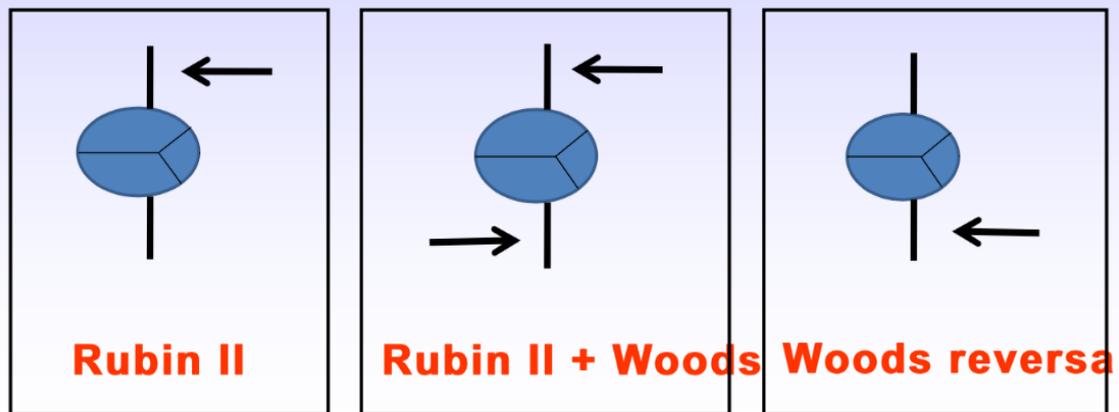
- **Manobra de Woods invertida (reversa):** usando-se as 2 mãos, faz-se pressão bidigital na face anterior do ombro anterior e, ao mesmo tempo, na face posterior do ombro posterior, objetivando rodar o feto no sentido anti-horário, desfazendo-se a impactação.

- **Alterar a posição (Manobra de Gaskin, All Four):** posicionar a paciente sobre os 4 membros, apoiada sobre as mãos e pernas. Aumenta a *conjugata* obstétrica em 1cm. Liberar o ombro posterior com uma suave tração descendente. Simplesmente colocando a mulher em posição de quatro (não confundir com posição genupeitoral) o nascimento pode ocorrer durante a próxima contração sem necessidade de execução de qualquer outra manobra.

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Esta manobra também pode ser usada como primeira opção. O fracasso dessa manobra obriga a tentativa de extração do braço posterior. **Introduzir na vagina a mão correspondente ao ventre fetal.**

Quadro 11



Fonte: Levantar pernas: Posição McRoberts. Mater. <https://slideplayer.com.br/slide/1565695/>

► **MEDIDAS HERÓICAS - SE TUDO MAIS FALHAR:**

Clidotomia: a fratura deliberada da clavícula anterior reduzindo o diâmetro biacromial.

Manobra de Zavarelli: consiste na reversão dos movimentos cardinais do parto ou seja: rotação, flexão, rotação, empurrar para dentro da vagina e desencaixamento. É o reposicionamento cefálico para dentro da pelve, seguindo o mecanismo inverso exato da exteriorização cefálica. Exige anestesia e tocolise; Relaxamento muscular (halotano ou nitroglicerina); O uso de agentes tocolíticos facilita a manobra (terbutalina 0,25 mg EV lento diluído para 10 ml). Posteriormente realizar uma cesariana para a retirada da criança;

Cirurgia abdominal com histerotomia ou Resgate abdominal: desimpactação do ombro através de uma histerotomia permitindo a rotação dos ombros por via abdominal e liberação do braço posterior por via vaginal; cesárea sob anestesia geral. O cirurgião gira o feto para a posição transabdominal e se rodam os ombros. A extração vaginal e feita por um 2º médico;

Sinfisiotomia: PROSCRITA e em desuso. Anestesia-se localmente a sínfise púbica, incisiona a pele, afasta lateralmente a uretra, eleva-se a bexiga e se cortam os ligamentos. A sinfisiotomia foi defendida em 1597 por Severin Pineau (1550-1619) após a descrição de uma diástase do púbis em uma gestante enforcada e Ambroise Pare (1510-1590) aprovou Pineau. A operação foi realizada muitas vezes após o relatório de Sigault, mas teve a oposição do famoso obstetra francês Jean-Louis Baudelocque (1745-1810).

► **Complicações:** A morbidade e a mortalidade perinatal estão elevadas, assim como a morbidade materna, especialmente pela hemorragia pós-parto e lacerações de períneo de 3o e de 4o graus. A complicação fetal mais frequente é a paralisia do plexo braquial, seguida da fratura de clavícula e do úmero. Praticamente todas as paralisias se resolvem em 6 a 12 meses, mas 10% se tornam definitivas. **Estiramento do plexo braquial por distócia de ombro – Lesão de Erb** [contador de moedas].

APRESENTAÇÃO PÉLVICA

Pélvica completa ou pelvipodálica. Quando o feto flete as coxas sobre o abdome e mantém as pernas fletidas e próximas às coxas.

Pélvica incompleta: modo de nádegas (ou agripina), de pés e o modo de joelhos.

► **Linha de orientação.** Sulco Inter glúteo. **Ponto de referência fetal.** Sacro [S^o]. **Variedade de posição.** Mais frequente é a sacro-esquerda anterior (SEA), e o tipo fundamental é a modalidade incompleta. Variações: SEA, sacro-esquerda transversa (SET), sacro-esquerda posterior (SEP), sacro-direita posterior (SDP), sacro-direita transversa (SDT) e sacro-direita anterior (SDA), conforme o sacro esteja voltado para a esquerda ou para a direita, e para a frente ou para trás.

► **Etiologia:** parto pré-termo; anencefalia e hidrocefalia; gemelaridade; malformações e tumores uterinos; vícios pélvicos; inserção cornual da placenta; oligodrâmico; brevidade do cordão.

► **Via preferencial:** Cesariana. **Fatores complicadores:** Vício pélvico; Peso fetal (< 2.000 g ou > 3.500 g); Prematuridade (IG entre 26-34 semanas); Ruptura prematura das membranas; Malformações fetais; Hiperextensão da cabeça fetal; Trabalho de parto disfuncional; Apresentação pélvica incompleta (modo de pés ou de joelhos); Primípara (exceto as que apresentam condições ideais para parto transvaginal).

Diagnóstico:

► **Palpação.** Possibilita reconhecer o polo pélvico enchendo incompletamente a escava. Essa região, vazia, sugere situação transversa, e quando cheia, apresentação cefálica. A nádega fetal é percebida como formação irregular consistente, porém, redutível, o que a distingue do polo cefálico, mais rijo e que não se deixa reduzir.

► **Ausculta.** Durante a gestação, o foco fetal, nas apresentações pélvicas, está situado nos quadrantes superiores do abdome materno, acima da linha equatorial que passa pela cicatriz umbilical. É mais audível no quadrante homônimo à posição, ou seja, à esquerda nas sacroesquerdas, e à direita nas sacro-direitas.

► **Toque.** Instalado o trabalho, o toque identifica as formações que compõem a apresentação: nádega anterior e posterior, sulco interglúteo, orifício anal, órgãos genitais (evento favorecendo o diagnóstico do sexo), pés (quando pélvica completa) e, o que é importante, a região sacrococcígea (ponto de referência da apresentação). Essa se mostra de consistência óssea, convexa e triangular, em continuação do sulco interglúteo. Deve-se ter a possibilidade de confundir a sensação tátil de cabeça tendo à frente a bolsa das águas íntegra, com a de nádega. Para efeito de orientação diante da possível necessidade de se ter de abaixar o membro, vale destacar a importância de distinguir, pelo toque, os pés e as mãos do feto: 1, a linha que reúne as extremidades dos dedos é reta no pé e curva na mão; 2, individualizando o calcanhar, reconhece-se o pé; 3, o polegar pode ser trazido, pela palma, até próximo do dedo mínimo, o que ajuda a identificar a mão fetal. Além do mais, a mão apresenta reflexo preensor, e o pé não.

► **Ultrassonografia.** Valida o diagnóstico, quando não o rastreia.

Mecanismo do parto: o parto, na apresentação pélvica, decompõe-se em 3 parturições distintas, compreendendo, cada uma, os *segmentos da distócia*: cintura pélvica, cintura escapular e cabeça derradeira.

Parto da cintura pélvica

► **Insinuação.** Na apresentação pélvica completa, a circunferência de insinuação sacrotibial é maior que a sacrofemoral da pélvica incompleta (modo de nádegas). O mecanismo é semelhante em ambas, porém, quando os membros inferiores se encontram rebatidos sobre o tronco, dificultam a inflexão lateral, indispensável para a saída regular do polo pélvico, sendo mais demorada e difícil a progressão.

► **Descida.** Sucedendo-se às contrações, o polo pélvico desce até o estreito inferior.

► **Rotação interna.** Ocorre simultaneamente com o tempo anterior, e o bitrocantérico roda 45°, orientando-se no sentido anteroposterior, em correspondência com a *conjugata exitus*.

► **Desprendimento.** A nádega imediatamente acima da crista ilíaca coloca-se por baixo

do subpube. A nádega posterior força a retropulsão do cóccix, percorre a face posterior da bacia mole e transpõe a fenda vulvar. O períneo retrai-se e assim se completa a saída do polo pélvico.

Parto da cintura escapular

► **Insinuação.** O diâmetro biacromial, por compressão, reduz sua dimensão e se insinua em um dos oblíquos da bacia. Os braços acondicionados diante do tórax fetal acompanham a progressão do tronco, em condições normais.

► **Descida.** Progredindo até o estreito inferior, o tórax, concomitantemente, roda.

► **Rotação interna.** O diâmetro biacromial gira 45° e se coloca em correspondência com o diâmetro anteroposterior do estreito inferior.

► **Desprendimento.** A espádua anterior aflora pela fenda vulvar, por baixo do subpube. Após retropulsão do cóccix, sai a espádua posterior. Os braços desprendem-se junto com o tórax. As espáduas saem espontaneamente, com o diâmetro biacromial em correspondência com o transverso do estreito inferior. É importante considerar que nessa altura do parto **o dorso fetal deve ser orientado para diante.**

Parto da cabeça derradeira

► **Insinuação.** Aumentando a flexão, o ovoide cefálico procura orientar seu eixo maior de acordo com o do canal pelvigénital, a extremidade mentoniana à frente e o polo occipital para trás.

Quando o equador do ovoide cefálico transpõe a área do estreito superior, está terminada a insinuação.

► **Descida.** Faz-se pela progressão da cabeça até que ela aflore à vulva, rodando concomitantemente.

► **Rotação interna.** É executada a fim de que o mento apareça na fúrcula. No caso típico das MEP e das MDP, a rotação é de 45°.

► **Desprendimento.** Recalcado o cóccix pela região frontal, a cabeça desprende-se, liberando as circunferências suboccipitomentoneira, suboccipitofrontal e suboccipitobregmática.

► Conduta na gestação

Figura 11. ► Versão externa. Procura-se inverter a polaridade do concepto durante a



gravidez, sendo a melhor época 36 semanas, posto que antes pode haver volteio espontâneo. A taxa de êxito é, em média, de 60%. Muitos investigadores propõem o uso de tocolíticos, como terbutalina 250 µg subcutânea durante o procedimento. Os riscos da versão externa incluem descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina, embolia por líquido amniótico, hemorragia fetomaterna, isoimunização, parto pré-termo, sofrimento e morte fetal. **Versão externa na apresentação pélvica: 1- Elevação das nádegas. 2 e 3 - Evolução. 4 - Fixação da nova apresentação**

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

► **Parto dirigido.** 1º período - procedimentos usuais de um parto de vértice; 2º período - assistência do obstetra e condução com manobras.

Preceitos: manter íntegra a bolsa das águas até o fim do 1º período; desprendimento do pólo pélvico por efeito apenas das contrações; manobras auxiliares no desprendimento dos outros segmentos; anestesia locorregional (eventualmente, necessidade de narcose); retardar a episiotomia e o desprendimento pélvico por 2-3 contrações (**Manobra de Thiessen**).

O parto pode processar-se pelas vias naturais, sobretudo em multíparas com bacia normal, feto pequeno e cinética uterina adequada, mas a espontaneidade, *stricto sensu*, raramente ocorre e o trabalho acompanha-se de anomalias diversas, sendo frequentes as lesões maternas e fetais. Na apresentação pélvica, regra geral, o parto deve ser *dirigido*, seguindo os procedimentos comumente adotados na parturição do feto em vértice, e com assistência pela *ajuda manual*, ao final do período expulsivo. A episiotomia atenua os traumas cranioencefálicos, diminui ou impede a compressão do funículo, facilita o desembaraço das espáduas e da cabeça derradeira, reduz a mortalidade. O momento para praticá-la é quando se inicia o abaulamento do períneo. Tem indicação obrigatória. Iniciado o desprendimento dos quadris, deve-se abster de qualquer tração: deve-se sustentar a nádega e depois o tronco, evitando a queda sobre o plano da mesa de partos.

Manobras para a liberação dos braços

Desprendimento "in situ"
Rotação axial do feto (Manobras de Lövset e de Rojas)
Manobra oscilatória de Deventer-Müller
Manobra de Pajot

Manobras para o desprendimento da cabeça derradeira

Manobra de Liverpool, associada à M. de McRoberts
Fórcipe [Piper ou Kielland]
Manobra de Mauriceau, simples ou associada ao fórcipe
Manobra de Wiegand-Martin-Winckel
Manobra de Champetier de Ribes

► **Manobra de Bracht:** Praticada a alça do cordão e antes da queda das nádegas, apreende-se o polo pélvico com ambas as mãos. Desse modo, respeitasse a lordose, levando-se o dorso contra a sínfise pubiana materna para facilitar o movimento giratório. *Não há tração.* O desprendimento é ajudado por suave manobra de Kristeller, que liberta os membros superiores no sentido transversal. Mantida a lordose do feto, de maneira que as nádegas venham quase a repousar sobre o hipogástrico da mãe, consegue-se o desembaraço progressivo do mento, da boca e das demais partes da face, que deslizam sobre o períneo, saindo o polo cefálico por flexão lenta, levemente impulsionado por meio do abdome pelo auxiliar.

► **Distócias**

Algumas vezes, principalmente devido a orientação não adequada do médico, ocorrem dificuldades que exigem manobras do obstetra para ultimar o parto. A seguir, serão listadas as principais dificuldades. Se a cintura escapular não se liberar, é provável que os braços estejam defletidos, impondo a realização de manobras mais agressivas. O biacromial deve ser alocado em relação ao anteroposterior da bacia, e procura-se desembaraçá-los soerguendo o polo pélvico e, com a mão oposta, liberando-se o braço posterior, tracionando-o pela flexura do cotovelo. O braço anterior é desprendido, abaixando-se o polo pélvico. Por exceção, quando não se consegue a liberação da espádua e dos braços, recorre-se à **Manobra de Deventer-Müller**, que consiste em colocar o biacromial também em relação ao anteroposterior da bacia, tracionando-se

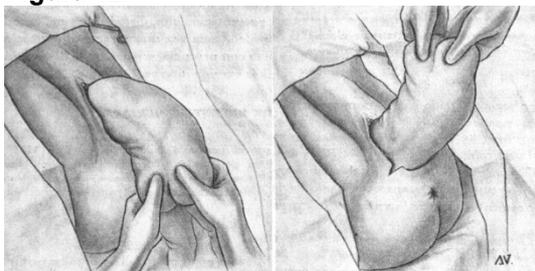
fortemente para baixo o tronco fetal e alocando o ombro anterior no subpube. Se o braço anterior não se liberar, o tronco fetal será elevado na tentativa de desprender-se a espádua posterior. Talvez seja necessário repetir esses movimentos vigorosos, com o objetivo de substituir o diâmetro biacromial pelo cervicoacromial. Na falha da Manobra de Deventer-Müller, pode-se tentar a **Manobra de Rojas**, que consiste na transformação da espádua posterior em anterior por meio de movimento helicoidal, com rotação, ampla translação lateral e tração axial constante do feto. Desprendido o braço anterior, a espádua posterior é novamente transformada em anterior. Essa manobra é muito traumática, podendo determinar luxação da coluna cervical com sequelas graves. Por sua vez, o desprendimento da cabeça também pode causar dificuldades, principalmente se esta estiver rodada e/ou defletida. O toque manual do obstetra deve elucidar a correta variedade de posição da cabeça fetal e, se possível, completar a sua rotação. No caso de encravamento de cabeça derradeira em feto vivo, desaconselha-se a **Manobra de Mauriceau**, que pode ser muito traumática. Essa manobra é realizada com a introdução dos dedos indicador e médio da mão ventral na boca fetal, aplicando-os sobre a mandíbula, forçando a flexão da cabeça, enquanto os dedos indicador e médio da outra mão furcula o pescoço e tracionam a cabeça. Em feto vivo, a opção mais segura é a aplicação do **fórceps de Piper**. Há necessidade de que a cabeça esteja insinuada e fletida. Se estiver muito alta, a compressão do fundo do útero deve orientar a flexão e a insinuação. Na realização desse fórceps, o auxiliar apreende os membros do concepto, elevando o tronco. É preferível que a pega seja direta, verificando se a sutura sagital coincide com o anteroposterior da bacia (cabeça em mento-sacra). O ramo esquerdo é o 1º a ser introduzido, evitando-se o seu descruzamento. A tração é auxiliada pela compressão suave do fundo uterino. O *fórceps de Simpson-Braun* pode substituir o de Piper na sua falta. **Manobra de Pajot** – deflexão discreta dos membros superiores.

Sequência de procedimentos na via vaginal

1. Manobra de Thiessen.
2. Episiotomia médio lateral direita.
3. Alça de cordão umbilical.
4. *Sustentar as nádegas e o tronco fetal, evitar a queda pela gravidade. Retirada com dorso em posição anterior.*
5. Manobra de Pajot ou manobra oscilatória de Deventer-Muller ou ainda a manobra de Lovset.
6. Manobra de Bracht.
7. Manobra de Mauriceau.
8. Fórceps de Piper ou Simpson.

► **Manobra de Tiessen.** Ocluir a fenda vulvar por algumas contrações com uma compressa e a palma da mão, de forma que o desprendimento fetal ocorra em bloco.

Figura 12



► **Manobra oscilatória de Deventer-Muller.** Se o braço anterior não se liberar, o tronco fetal deverá ser elevado na tentativa de desprender a escápula posterior. Transformar a escápula posterior em anterior por meio de movimento helicoidal, com rotação, ampla translação lateral e tração axial constante do feto.

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Figura 13

► **Manobras de rotação axial do feto (Lövsset, 1937 e de Rojas, 1925).** O princípio delas é o mesmo, diferindo apenas no grau de rotação do feto, maior na segunda. Em ambas o feto é apreendido pela cintura pélvica e rodado com o objetivo de transformar-se o braço posterior em anterior, para desprendê-lo sob a sínfise. **A Manobra de Lövsset**, para braços levantados ou não, consiste em rotação e translação menos ampla que na manobra de Rojas, sendo que o dorso não roda mais que 180 graus.

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

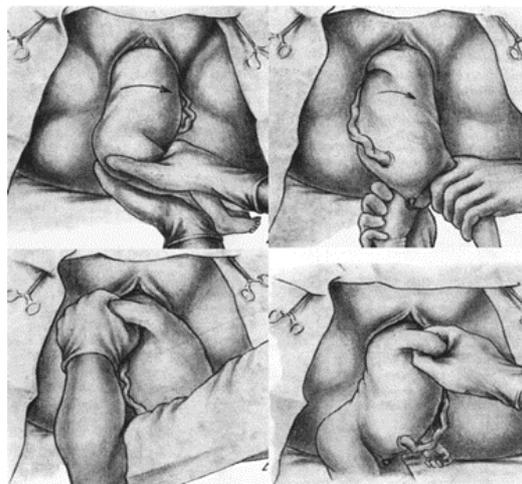
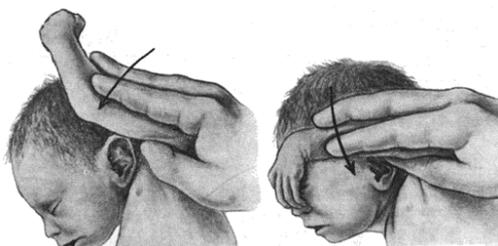


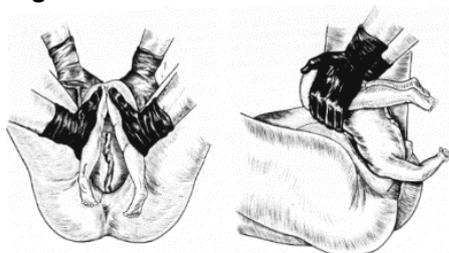
Figura 14



► **Manobra de Pajot.** o braço anterior é desprendido, abaixando-se o polo pélvico, colocar os ombros no diâmetro anteroposterior da bacia, tracionando-se o tronco fetal fortemente para baixo, a fim de alocar o ombro anterior no subpube].

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Figura 15



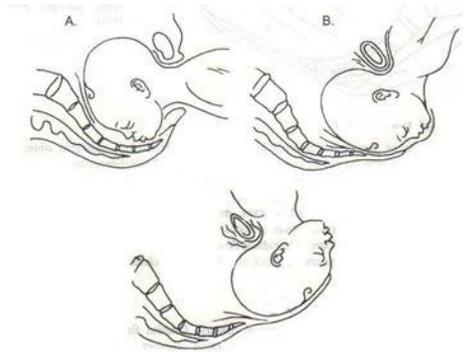
► **Manobra de Bracht.** Elevação do dorso fetal em direção ao abdome materno para o desprendimento ombros e cabeça.

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

CABEÇA DERRADEIRA

O parto da cabeça derradeira é o mais difícil e o mais perigoso para o feto. A cabeça pode estar retida na escavação, faltando apenas o desprendimento, ou pode estar retida no estreito superior.

Figura 16



► **Causas:** obstáculos nas partes moles (colo incompletamente dilatado ou espástico, resistência exagerada da vulva e do períneo) ou a obstáculo das partes ósseas (vício pélvico do estreito inferior da bacia, falta de mobilidade do cóccix). Desproporção com ou sem anomalias congênicas ou a falha em manter-se o dorso fetal bem orientado para cima durante o parto.

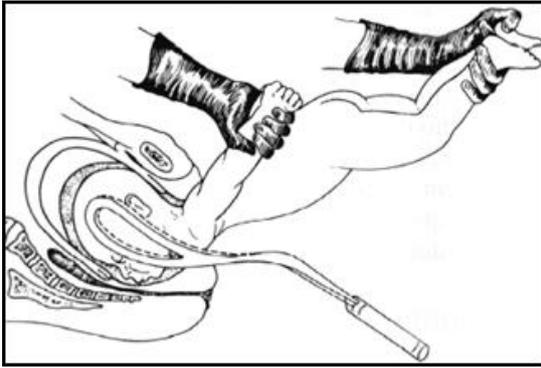
Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

► **Manobra de Liverpool, associada à manobra de McRoberts.** Por sua simplicidade e baixo índice de traumatismos, deverá ser a primeira a ser tentada quando ocorre dificuldade no desprendimento da cabeça derradeira. Consta de duas partes: **a)** o tronco do feto é deixado pender das vias genitais durante 20 segundos, com a finalidade de favorecer a flexão e descida da cabeça. **b)** quando a nuca desce o suficiente para tornar visível a raiz do couro cabeludo, o feto é levantado pelos pés, exercendo-se leve tração contínua, de maneira que a cabeça venha a girar em torno da sínfise púbica, desprendendo-se o queixo, a face e, finalmente, a fronte e o occipital.

► **Manobra de McRoberts.** Tratamento da distócia de espáduas pela hiperflexão das coxas da parturiente sobre o ventre. Desta forma, a coluna lombar materna é alinhada, reduzindo a lordose lombar e lombossacra e removendo o promontório como ponto de obstrução da entrada da pequena bacia. Adicionalmente, a manobra remove o peso sobre o sacro, permitindo que a bacia atinja sua dimensão máxima, e traz o estreito superior para o plano perpendicular ao eixo do útero. Estes fatores podem facilitar o desprendimento da cabeça derradeira, e mesmo dos braços na apresentação pélvica.

► **Aplicação do fórcepe de Piper.** Na ausência, recorrer ao fórcepe de Simpson. A técnica de aplicação é simples, e a tração se faz geralmente sem maiores dificuldades. Um auxiliar eleva os pés do recém-nascido, enquanto se aplicam os ramos esquerdo e direito do fórcepe, passando-os por baixo do tronco fetal. A pegada deve ser simétrica, com o grande eixo das colheres coincidindo com o grande eixo da cabeça. A tração é exercida a princípio para baixo, até que a região suboccipital se coloque sob a sínfise, elevando-se gradualmente os cabos do instrumento para o desprendimento da cabeça. Para a extração da cabeça derradeira em occípito posterior com o fórcepe, deve-se observar se a boca está acessível ou inacessível. Quando é inacessível, aplica-se o fórcepe por baixo do corpo do feto, que é levantado ao máximo na direção do ventre materno. Quando a boca é acessível o fórcepe é aplicado por cima do corpo do feto, suficientemente abaixado e seguro pelos pés.

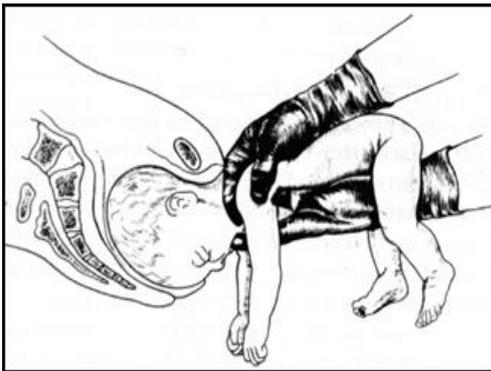
Figura 17



Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

► **Manobra de Mauriceau** é indesejável quando deve vencer resistências maiores. Se lhe for pedido conduzir suavemente a cabeça, pode ser desnecessária, mas não apresenta inconvenientes. Tem o objetivo de flexionar o polo cefálico, acomodá-lo ao estreito superior no sentido anteroposterior e desprendê-lo.

Figura 18

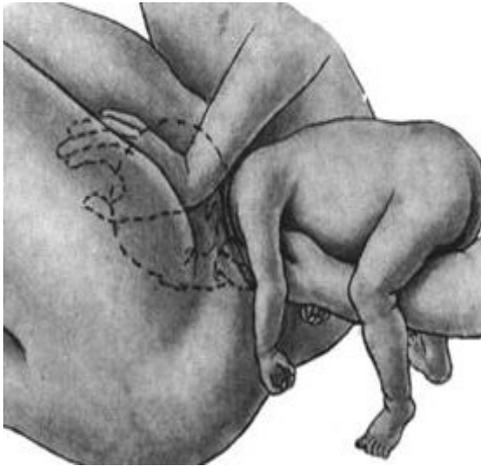


O corpo do feto é posto a cavalgar o antebraço do operador. Os dedos indicador e médio são introduzidos profundamente na boca do feto, pressionando a base da língua ou toda a borda alveolar inferior, flexionando a cabeça. O indicador e dedo médio da mão oposta (dorsal), estendidos, apreendem, em forquilha, o pescoço do feto, apoiando-se nas fossas supraespinhosas (a pressão nas claviculares lesa o plexo braquial).

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

A ação conjugada dos dedos introduzidos na boca aos da mão externa procura fletir a cabeça, trazendo o mento ao contato do manúbrio, ao mesmo tempo em que roda o occipital e o dorso para diante, tracionando para baixo sobre as espáduas. A tração deve ser feita principalmente pela mão aplicada sobre os ombros, e não pelos dedos introduzidos na boca. O surgimento da região suboccipital sob a arcada púbica indica o levantamento do corpo do feto, impulsionado pelo antebraço. A liberação da cabeça se fará suavemente com tração leve, auxiliada por pressão abdominal a cargo de um auxiliar.

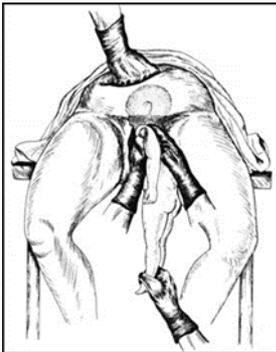
Figura 18



► **Manobra de Wiegand-Martin-Winckel.** Esta manobra destina-se a cabeças retidas no estreito superior, quando não se disponha de auxiliar, para os casos menos difíceis. Oferece a vantagem de ser menos traumática que a de Champetier de Ribes, por não se exercerem trações nos ombros. Se introduzem na boca do feto dois dedos da mão sobre a qual o corpo do feto está cavalgado, à maneira da manobra de Mauriceau. Com a mão livre, o operador exerce pressão sobre a cabeça, através da parede abdominal. A cabeça é mantida bem fletida, descida à escavação em transversa, rodada e desprendida.

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Figura 19



► **Manobra de Champetier de Ribes [1879].** Igualmente se destina a cabeças retidas no estreito superior. Deve ser efetuada com jeito e doçura e requer a colaboração de dois auxiliares que atuam em sincronismo com o operador, para conseguir-se a insinuação assinclítica do diâmetro biparietal. O operador, com a mão ventral agindo sobre a mandíbula e a dorsal furculando o pescoço, flexiona a cabeça e a dispõe em transverso, cavalgando com a nuca a linha inominada. Em seguida, o operador e auxiliares executam os seguintes movimentos sincrônicos:

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

- a) O primeiro auxiliar empurra a frente do feto através da parede abdominal, na direção do eixo do estreito superior.
- b) O segundo auxiliar eleva o corpo do feto, segurando-o pelos pés, onde exerce leve tração contínua, a princípio na direção do eixo do estreito superior.
- c) O operador aumenta a flexão agindo sobre a mandíbula e, com a mão que fúrcula o pescoço, exerce pressão sobre sua porção mais alta, ou sobre a própria base do crânio, de baixo para cima, na direção da sínfise púbica.

► **Manobras para o desprendimento da cabeça derradeira em occípitoposterior**

A rotação do dorso do feto para posterior geralmente ocorre por falha na assistência ao parto, e dificilmente a natureza poderá corrigir este erro. Estando a boca do feto acessível, aconselha-se o uso da Manobra de Mauriceau invertida. Se a boca for inacessível, estará indicada a manobra de Praga invertida. Nesta, **os pés do feto são elevados com uma mão, enquanto os dedos da outra mão apreendem os ombros, por baixo.** Se exerce tração para frente, até que o maxilar inferior e o pescoço se apoiem sobre a borda superior da sínfise. Eleva-se cada vez mais o tronco do feto em direção ao abdome materno. Qualquer das duas manobras pode ser substituída pelo fórcepe.

► Para desprender a cabeça fetal derradeira, encravada, quando o **feto está morto**, é de uso corrente a perfuração do estojo cefálico para esvaziar o conteúdo.

► Prognóstico

O prognóstico não necessariamente é melhor nas múltiparas do que nas primíparas e o pequeno tamanho do feto tampouco assegura evolução normal.

No prognóstico do concepto quando do parto transpélvico:

É difícil, quase impossível, avaliar a proporcionalidade cefalopélvica antes de exteriorizada a nádega, estando já a cabeça à altura do estreito superior. Pouco valem os procedimentos clínicos, e os radiológicos apresentam erros ponderáveis

Não há condições para a prova de trabalho. Nas apresentações cefálicas, fletidas ou defletidas, sempre é tempo de indicar-se a via alta; na pélvica, salvo fetos macrossômicos e bacias exíguas, a apresentação insinua-se, desce e desprende-se, o que não implica, necessariamente, a proporcionalidade cefalopélvica

O trânsito rápido da cabeça pela feira pélvica não possibilita moldagem

Geralmente, a cabeça não tem flexão máxima, e o diâmetro subocciptobregmático, mínimo, é substituído pelo subocciptofrontal, maior

Exteriorizado o tronco, a circulação fetoplacentária cessa ou diminui acentuadamente, pela compressão do cordão; retida a cabeça no canal parturiente, não se inicia, contudo, a respiração neonatal, embora haja movimentos respiratórios, a explicar a maior incidência da *síndrome de aspiração de mecônio*. Portanto, é extremamente curto o lapso de tempo disponível para completar-se o parto.

Entretanto, na maioria dos casos a saída do polo cefálico ocorre de modo espontâneo, ou facilmente, por ajuda manual. Nas eventualidades em que se retarda o desprendimento, o feto sofre e falece; as manobras tentadas, não raras vezes precipitadas e mal executadas, são causa de tocotraumatismos sérios.

APRESENTAÇÃO CÓRMICA

► **Causas. Maternas:** malformações do útero, multiparidade, cesáreas múltiplas, histeropexia, fibroma, distócias, especialmente da estreita superior e tumores de ovário. **Fetais.** Prematuridade, feto morto, gravidez múltipla, cordão curto, placenta previa, Polidrâmnios.

► **Conduta:** indicação de cesariana segmentar transversa.

CESARIANA SEGMENTAR TRANSVERSA

► **Escolha da via alta de parto:** indicações para parto cesáreo (**principais**): pouco diferem das propostas para os cefálicos; cesáreas eletivas (caráter profilático): variedades de joelhos/pés/nádegas; primípara/antecedentes obstétricos de cesárea previa e fórceps; e ruptura prematura ou precoce das membranas. Deve ser empregada frequentemente no parto pélvico. Nos Estados Unidos, quase 90% dos partos pélvicos são resolvidos pela via alta. O parto vaginal está indicado quando já muito avançado ou iminente. A cesárea também é a escolha nos pré-termos/prematuros. (1.000 a 2.499 g).

► **Descrição da técnica de cesariana Pfannenstiel-Kerr. Abertura.** Incisa-se a pele 2-3 cm acima da sínfise púbica, numa extensão de 8-12 cm, levemente curva (em forma de "sorriso"). Continua-se a incisão do tecido celular subcutâneo até a aponeurose do músculo reto abdominal, a qual é incisada transversalmente. Colocam-se duas pinças com garras (Kocher) para segurar as bordas da aponeurose, as quais são elevadas, e procede-se à dissecação romba e instrumental do músculo reto abdominal, do umbigo à sínfise púbica. O músculo reto é separado ao longo da rafe mediana, expondo a fáscia transversa e o peritônio parietal. Este é seccionado verticalmente. O peritônio visceral junto ao útero é apreendido acima da margem da bexiga e incisado com tesoura de Metzenbaum, seguindo-se o rebaixamento vesical. O segmento uterino é incisado com bisturi aproximadamente 2 cm acima da dobra vesicouterina, até que as membranas

protruam. A incisão é estendida lateralmente com tesoura curva. **Dequitação.** A placenta é removida manualmente. **Histerorrafia.** O útero não é exteriorizado. A incisão é reparada em duas camadas contínuas com ou sem cruzar os fios. **Fechamento.** Os peritônios parietal e visceral são fechados com sutura contínua. Músculos retos abdominais são aproximados com 3-4 pontos separados. A aponeurose é fechada com sutura contínua, cruzando os fios. O tecido subcutâneo é fechado com pontos separados. A pele pode ser fechada com pontos intradérmicos.

► **Outras incisões transversais da parede abdominal em cesarianas:** **Incisão de Maylard** – incisão transversa dos músculos retos do abdome; e **Incisão de Cherney** – consiste na desinserção dos músculos retos do abdome.

Capítulo V

Terceiro e Quarto período do trabalho de parto.

O secundamento ou dequitação. A hemorragia pós-parto. O período de Greenberg. O puerpério.

Manejo ativo do terceiro período

1. Ocitocina 10 UI IM imediatamente após o nascimento
2. Massagem uterina
3. Tração controlada do cordão umbilical

PROFILAXIA DA HEMORRAGIA PÓS PARTO

- A magnitude da perda sanguínea após a dequitação está diretamente relacionada ao tempo de desprendimento da massa placentária da parede uterina assim como da efetividade da contração do músculo uterino.
- A HPP é a principal complicação do 3º período do TP em nosso meio.

MANEJO ATIVO DO 3º PERÍODO

- Aplicar 10 U de ocitocina intramuscular após o desprendimento do ombro anterior.
- Clampeamento precoce do Cordão Umbilical.
- Tração controlada do Cordão Umbilical.
- Massagem uterina suprapúbica.
- Manobra de Jacob Dublim.

Ocitocina

Dentro de 1 minuto do desprendimento fetal palpe o abdome para afastar a possibilidade da presença de outro feto e dê 10 UI de ocitocina IM.

A ocitocina é preferível porque é efetiva 2 a 3 minutos após a injeção, tem efeitos colaterais mínimos e pode ser utilizada em todas as mulheres. Na indisponibilidade de ocitocina, utilize ergometrina 0,2 mg IM ou prostaglandinas (Misoprostol). Tenha certeza de que não existe nenhum feto adicional antes de utilizar tais medicamentos.

Não dê ergometrina a mulheres com pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou pressão alta porque ela aumenta o risco de convulsões e acidentes cerebrovasculares.

Tração controlada do cordão

- Clampeie o cordão próximo ao períneo usando uma pinça de Foerster ou Rochester. Segure o cordão clampeado e o final da pinça com uma das mãos.
- Coloque a outra mão imediatamente acima do osso púbico e estabilize o útero pela aplicação de uma contra tração durante a tração controlada do cordão. Isto ajuda a prevenir a inversão uterina.
- Gentilmente mantenha tensão sobre o cordão e espere uma contração uterina forte (2 – 3 minutos).
- Quando o **útero se tornar arredondado** ou o cordão se alongar, tracione o cordão muito gentilmente para baixo para retirar a placenta. Não espere uma golfada de sangue antes de aplicar a tração sobre o cordão. Continue a aplicar a contra tração no útero com a outra mão.
- Se a **placenta não descer** durante 30 – 40 segundos de tração controlada (i.e. não há nenhum sinal de descolamento), não continue a tracionar o cordão.
- Gentilmente segure o cordão e espere até o útero estiver bem contraído novamente. Se necessário, use uma pinça para clampar o cordão mais próximo do períneo enquanto ele se alonga;
- Com a próxima contração, repita a tração controlada com a contra tração.

Nunca aplique a tração no cordão (puxo) sem aplicar a contra tração acima do osso púbico com a outra mão.

- Durante a extração da placenta as membranas podem se romper. Segure a placenta com as duas mãos e gire-a gentilmente sobre o seu eixo até que as membranas estejam torcidas.
- Puxe vagarosamente para completar a dequitação.
- Se as membranas se romperem, examine gentilmente a porção superior da vagina e colo e utilize uma pinça de Foerster para remover qualquer fragmento de membrana que estiver presente.
- A placenta e membranas devem ser examinadas logo após a sua expulsão. Começar o exame pela face fetal e depois a face materna. Deve-se verificar a presença de anomalias e/ou integridade das mesmas. Caso haja dúvidas quanto à sua integridade ou se constata a retenção uterina de restos placentários, proceder à realização de uma curetagem uterina com cureta romba de Pinard.
- Se ocorrer inversão uterina reposicione o útero.
- Se o cordão se romper a extração manual da placenta pode ser necessária.

Massagem uterina

- Imediatamente massageie o fundo uterino através do abdômen até que o útero esteja contraído.
- Repita a massagem uterina a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas.
- Assegure-se que o útero não se torne relaxado (amolecido) após terminar a massagem.

Controles durante a dequitação

- Pressão e pulso materno
- Perda de sangue pelos genitais externos
- Mucosas
- Sinais de separação da placenta
- Reconhecer precocemente palidez, taquicardia ou hipotensão, que podem indicar
- hemorragia.

B. SECUNDAMENTO

ou 3º período do parto, também chamado *decedura e delivramento*, é o estágio da parturição que se processa após o nascimento do feto e se caracteriza pelo *descolamento (dequitação ou dequitadura), descida e expulsão* ou *desprendimento* da placenta e de suas páreas para fora das vias genitais. Quando as três fases que o constituem se processam de modo regular, é bem característico seu mecanismo.

Fisiologia

Possui três tempos fundamentais:

► Descolamento.

dois tipos de mecanismos: *mecanismo de Baudelocque-Schultze* [75%] e *mecanismo de Baudelocque-Duncan*. Forma-se o *hematoma retroplacentário*.

► Descida.

► Expulsão ou desprendimento. *Ligaduras vivas* de Pinard.

DEQUITAÇÃO

■ Não devem ser realizadas manobras para promover o descolamento da placenta de forma rápida.

■ Média de tempo: 15' em 90%, concluir em 30min.

Manobra de Jacobs - apreensão bimanual e torção da placenta expulsa favorece o descolamento das membranas ovulares.

Manobra de Freund: compressão manual acima e rente a sínfise púbica sobre o segmento inferior, força a exteriorização da placenta;

ASSISTÊNCIA AO TERCEIRO PERÍODO:

1. Manejo ativo: consiste no emprego de ocitócitos após o desprendimento dos ombros, combinado com a tração controlada do cordão umbilical. Tal medida mostrou-se capaz de reduzir em 40% a chance de hemorragia puerperal.

2. Revisão do trajeto: após a dequitação deve-se verificar a presença de lacerações de trajeto, que podem ser fonte de sangramento significativo e episiorrafia.

C - Dequitação

Inicia-se após o desprendimento fetal e finalizado com a saída da placenta. As contrações uterinas ainda estão presentes, porém neste momento são indolores, menos frequentes, entretanto mais intensas. Ajudam no descolamento, na descida e na expulsão da placenta e asseguram a hemostasia. Ocorre entre 5 e 10 minutos após o período expulsivo e é considerada prolongada quando ultrapassa 30 minutos. Pode ocorrer por 2 mecanismos:

Quadro 12



Figura 5. Representação esquemática dos tipos de dequitação. A: central (Baudelocque-Schultze); B: periférico (Baudelocque-Duncan).

Fonte: Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Descolamento central (Baudelocque-Schultze): observado em 75% dos casos e reconhecido pela saída da placenta e, em seguida, pelo sangramento vaginal. A placenta encontra-se na parte superior do útero e desprende-se pela face fetal;

Descolamento marginal (Baudelocque-Duncan): observado em 25% dos casos e reconhecido pela presença de sangramento vaginal antes da exteriorização da placenta, que se encontra na parede lateral do útero, e se desprende pela borda inferior. A placenta descola-se da parede uterina no nível da camada esponjosa; a camada basal remanescente propiciara a reepitelização do endométrio.

► Alterações da dequitação

Acesso venoso de grosso calibre e infundir 500 ml de solução fisiológica de forma rápida. Se possível, efetuar a extração sob anestesia geral. Na impossibilidade de anestesia geral:

Administrar:

- Meperidina 50 mg
- Diazepam 10 mg
- Atropina 0,5 mg
- Sustentar o fundo uterino com uma das mãos
- Introduzir a mão mais hábil na vagina e útero, até alcançar a borda placentária.
- Deslizar os dedos entre a placenta e as paredes uterinas, liberando as aderências.
- Uma vez liberada completamente, retirar a mão com a placenta.

- Administrar 5 U.I. de ocitocina endovenosa lenta (diluir em 10 ml).
- Proceder a curetagem uterina com cureta romba.

► Revisão do canal de parto

Após a dequitação, proceder a uma revisão do canal de parto procurando encontrar lacerações do trajeto (vagina, colo) e do períneo. A revisão da cavidade uterina pode ser necessária caso se suspeite de possível retenção de restos placentários ou membranas ou há sangramento aumentado:

- Introduzir suavemente uma valva atraumática longa no canal vaginal, expondo o colo uterino.
- Com uma pinça de Foerster longa, agarra-se o lábio anterior do colo e outra do mesmo tipo é introduzida suavemente na cavidade uterina, procurando retirar possíveis restos placentários e de membranas do interior do útero.
- A seguir com os lábios anterior e posterior pinçados, traciona-se o colo uterino verificando-se a presença de lacerações em todo o seu contorno. A eventual existência de soluções de continuidade no colo uterino demanda a sua sutura.
- Posteriormente verificar as paredes vaginais em busca da existência de lacerações que também devem ser suturadas, caso sejam encontradas. A presença de lacerações de 3o ou 4o graus exige cuidados segundo normas de alto risco, com comunicação ao médico obstetra responsável.

Pós-dequitação

As hemorragias pós-parto aparecem, na maioria das vezes, nas primeiras duas horas após o parto, período em que os controles maternos devem ser mais frequentes.

As principais causas de hemorragia são:

- Atonia uterina
- Retenção de restos placentários
- Lacerações cervicais e vaginais

Neste período verificar, a cada 30 minutos:

- Pressão arterial
- Globo de segurança de Pinard
- Sangramento genital

Rotina: Não ocorrendo alterações, a puérpera deverá ter sua observação continuada nas primeiras duas horas após o parto.

Se neste período não se mantiver a retração uterina e aparece perda significativa de sangue pelos genitais externos, massagear o útero quantas vezes forem necessários para estimulá-lo, até a formação do globo de segurança de Pinard.

Se a hemorragia continuar e as perdas forem estimadas em mais de 500 ml, avaliar a causa:

Atonia: massagear o fundo uterino, administrar 5 U.I. de ocitocina IV e 1 ampola de metilergonovina ou ergonovina IM, seguidas de 20 U.I. de ocitocina dissolvidas em 500 ml de solução fisiológica a 40 gotas/min.

Se o útero estiver retraído e continua o sangramento, revisar o canal de parto. Se houver lacerações, suturá-las. Se não houver, proceder à realização de uma curetagem uterina.

Se fracassam as manobras, proceder à realização de coleta de sangue para prova cruzada e providenciar transfusão de sangue completa. Até a chegada do sangue, manter os dados vitais estáveis com o uso de soluções coloidais ou salinas. Avaliar a necessidade de medidas mais drásticas para controle da hemorragia (histerectomia, ligadura de artéria hipogástrica, etc.). Diante da presença de hemorragia puerperal, o médico obstetra deve estar ciente e assumindo o manejo da mesma.

Hemorragia pós-parto

Os 10 passos de conduta na hemorragia pós-parto:

1. Remover manualmente a placenta.
2. Massagear o útero vigorosamente.
3. Instalar dois sistemas venosos em venocath.
4. Usar drogas ocitócicas.
5. Repor volume e sangue.
6. Fazer inspeção manual do útero e curagem.
7. Revisar o trajeto pélvico.
8. Tamponar o útero.
9. Realizar laparotomia.

Pré-parto – pré-eclâmpsia, nuliparidade, gestação múltipla, histerotomia anterior, cicatriz cesárea.

Intraparto – 3º período prolongado [$>30'$], parada de progressão, episiotomia, lacerações, parto assistido, condução TP.

Prevenção para tratar anemia, episiotomia se necessário, conduta ativa no 3º período, exame pós-parto.

Ativo – ocitócito [10UI ocitócito saída ombro fetal], clampeamento precoce, tração cordão [Manobra Brandt].

Etiologia: 4T – Tônus 70%, Trauma 20%, Tecido 10% e Trombina 1%.

A – ajuda.

A – vias aéreas.

B – respiração O_2 – 5l/min.

C – circulação – acesso venoso – 2 veias grosso calibre.

Exames – ABO-RH, Hb, coagulograma, teste coagulo.

Sangue – concentrado de hemácias.

Massagem uterina [compressão],

Ocitócitos [40UI EV, prostaglandinas, Misoprostol VR.; ergóticos – methergin após saída da placenta, evitar na hipertensão].

Revisão do trajeto – cirurgia, correção lacerações e roturas.

Coagulopatia [1%] – fibrinogênio $>100\text{mg/dl}$ – plasma fresco, plaquetas >50.000 – conc. Plaquetas, hematócrito >30 – conc. Hemácias

D - 4º PERÍODO ou PERÍODO DE GREENBERG

Caracterizado pela 1ª hora após a dequitação. Nesse intervalo de tempo, esperam-se a estabilização dos sinais vitais maternos e a consolidação da hemostasia uterina, que acontece por 2 mecanismos principais: **Miotamponamento**: oclusão dos vasos miometriais pela retração muscular; e **Trombotamponamento**: os vasos são obliterados por trombose vascular.

Quarto período

É também chamado de **PERÍODO DE GREENBERG**, que considera a primeira hora após a saída da placenta um momento tão importante, que lhe reserva uma das fases do parto, pelos riscos iminentes de hemorragia e pelo descuido quase universal

daqueles que acompanham nossas puérperas. É necessário salientar-se a importância da boa compreensão do mecanismo da retração uterina e de formação normal de coágulos na superfície interna da matriz, que ficou aberta e sangrante após a expulsão da placenta.

Fases típicas que caracterizam o 4º período:

Miotamponagem. Imediatamente após a expulsão da placenta, o útero se contrai e é palpável em um ponto intermediário entre o púbis e o umbigo. A retração inicial determina a laqueadura *viva* dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de defesa contra a hemorragia.

Trombotamponagem. Trata-se da formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários, constituindo hematoma intrauterino que recobre, de modo contínuo, a ferida aberta no local placentário. Esses trombos são aderentes, pois os coágulos continuam com os mencionados trombos dos grandes vasos sanguíneos uteroplacentários. Os coágulos enchem a cavidade uterina, à medida que a matriz gradualmente se relaxa e alcança, ao fim de 1 h, o nível do umbigo; é a segunda linha de defesa contra a hemorragia, quando o estágio de contração fixa do útero ainda não foi alcançado. A contração do miométrio e a pressão do trombo determinam o *equilíbrio miotrombótico*.

ASSISTÊNCIA AO QUARTO PERÍODO:

Observar sinais vitais e sangramento. Se sangramento excessivo por hipotonia uterina, realizar massagem uterina e infusão de 30 a 60 U de ocitocina em 1000 ml de solução glicosada a 40 gts/min²⁴(D). Se o tratamento instituído não for eficaz, pesquisar a possibilidade de retenção de restos placentários e lacerações de trajeto.

ANORMALIDADES DO PUERPÉRIO

As principais anormalidades que podem surgir no período puerperal são: hemorragia, hematomas de períneo, vulva, vagina e incisões cirúrgicas, infecção puerperal, problemas com as mamas.

Hemorragia

As hemorragias puerperais constituem a complicação mais frequente neste período, aparecendo, na maioria das vezes, nas primeiras horas após o parto. Quando surgem precocemente podem estar associadas a hipotonia uterina ou presença de restos placentários. Tardiamente estão associadas, mais comumente, com a retenção de restos placentários e/ou infecção. Devem ser manejadas segundo as normas preconizadas na seção de assistência a dequitação e pós-dequitação.

Hematomas de períneo, vulva, vagina e outras incisões cirúrgicas

Podem ser produzidos por traumas durante o parto ou por hemostasia insuficiente. O tratamento consiste na aplicação de compressas frias no local, abertura e drenagem se necessário, retirada de coágulos, hemostasia cuidadosa e colocação de drenos, se houver dificuldade na ligadura dos vasos.

Infecção puerperal

A infecção puerperal pode se manifestar na forma de endometrite, miometrite, endomiometrite, anexite, pelviperitonite, peritonite generalizada e infecções de incisões cirúrgicas. Deve-se incluir também a infecção das vias urinárias. O principal sinal clínico de infecção é a febre que surge geralmente nos primeiros 10 dias após o parto, excetuando-se as primeiras 24 horas. Na presença de sinais e sintomas que sugiram infecção, a puérpera deve ser submetida a um exame clínico e ginecológico completo, solicitando-se exames complementares se necessário. O manejo deve ser realizado

segundo as normas de alto risco.

Problemas com as mamas

Os problemas mais comuns que acometem as mamas são o ingurgitamento, as fissuras e a infecção (mastite).

Referências bibliográficas

- Assistência ao parto e nascimento. Guia de Práticas Assistenciais. Hospital Sofia Feldman. 2007. <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/acervo-e-e-books/7607-hsf-assistencia-ao-parto-de-baixo-risco/file>
- Basevi V, Lavender T. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software
- Carrolli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software
- Cuervo LG, Rodríguez MN, Delgado MB. Enemas en el trabajo de parto (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software
- Dor pélvica crônica tem tratamento.** Maïke Heerdt. <https://www.dortemtratamento.com.br/author/maïke-heerdt/>
- Freitas, Fernando; Sérgio H. Martins-Costa; José Antônio Magalhães; L. Ramos, José Geraldo. Rotinas em obstetrícia. Ed. Artmed. 7ª Ed. 2017.
- Frigoletto FD Jr, Lieberman E, Lang JM, et al. A clinical trial of active management of labor. N Engl J Med 1995; 333:745-50
- Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para Residentes. Almir Urbanitz
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Ver. 2005;(2)
- Lauzon L, Hodnett E. Labour assessment programs to delay admission to labour wards (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software
- Levantar pernas: Posição McRoberts. Mater.** <https://slideplayer.com.br/slide/1565695/>
- Leveno KJ, Cunningham PG, Nelson S, et al. A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34995 pregnancies. N Engl J Med 1986; 315:615-9
- Obstetric Evidence Based Guidelines. Vincenzo Berghella Md Facog. 2018
- Pattison M, Mc Cowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. Cochrane Database Syst Rev 2000
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2007. Oxford: Update Software
- Petrucce LF, Oliveira LR, Oliveira VR, Oliveira SR. Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências. *Femina*. 2017; 45(4): 000-000
- Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub2
- Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub2.
- Rezende Obstetrícia / Carlos Antonio Barbosa Montenegro, Jorge de Rezende Filho. - 13. ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.
- Rezende Obstetrícia Fundamental/Carlos Antonio Barbosa Montenegro; Jorge de Rezende Filho. – 13. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.
- Sadler LC, Davison T, McCowan LM. A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. Br J Obstet Gynaecol 2000; 107:909-15
- Trabalho de Parto e Parto de Oxorn e Foote - Posner - 6ª edição
- Trialsight Medical Media. <https://www.pinterest.com/pin/105130972524121557/>