

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

CUIDADO À MULHER EM TRABALHO DE PARTO: BOAS PRÁTICAS NO 3º E 4º PERÍODOS



O período imediatamente após o nascimento é um **período bastante sensível**, quando a mulher e seus acompanhantes vão finalmente conhecer a criança.

Deve-se assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de **minimizar a separação entre mãe e filho**.



Objetivos dessa apresentação

Discutir os seguintes aspectos da assistência ao terceiro e quarto períodos do trabalho de parto:



- Manejo ativo x manejo fisiológico do 3º período
- Momento de clampeamento do cordão umbilical
- Sutura de lacerações perineais
- Cuidados no 4º período

- Cuidados com o recém-nascido
- Hemorragia pós-parto



Abordados também em outros
encontros



O terceiro período do parto é o momento desde o nascimento da criança até a expulsão da placenta e membranas.

Pode ser manejado por:

Conduta ativa

- Uso rotineiro de substâncias uterotônicas
- Clampeamento e secção precoce do cordão umbilical
- Tração controlada do cordão após sinais de separação placentária



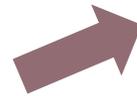
Conduta fisiológica

- Sem uso rotineiro de uterotônicos
- Clampeamento do cordão umbilical após parar a pulsação
- Expulsão da placenta pro esforço materno



Qual a melhor conduta a ser adotada?

As mulheres devem receber informações **antes do parto**, sobre os benefícios e danos de ambos os métodos para apoiar uma escolha informada.



Se uma mulher com baixo risco de hemorragia pós-parto solicitar conduta expectante, apoiá-la em sua escolha.



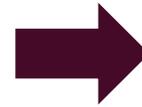
Mudar da conduta expectante para a conduta ativa em caso de:

- hemorragia;
- a dequitação não ocorrer em 1 hora após o parto.



A **conduta ativa** é recomendada na assistência ao terceiro período do trabalho de parto pois está associada com menor risco de hemorragia puerperal e transfusão sanguínea.

(BRASIL, 2016)



No entanto, os seguintes efeitos colaterais foram observados:

- aumento da pressão arterial diastólica materna;
- vômitos;
- dor pós-operatória;
- uso de analgesia desde o nascimento até a alta da sala de parto;
- mais mulheres retornando ao hospital com sangramento.

(BEGLEY *et al.*, 2019)



Conduta ativa no 3º período

Administrar

10 UI de ocitocina intramuscular

após o nascimento e antes
do clampeamento e
corte do cordão umbilical.

**A ocitocina é a
medicação de 1ª escolha**
na prevenção da hemorragia
pós-parto.

Seu uso profilático constitui-se
no principal componente do
manejo ativo do 3º período do
trabalho de parto.

(OPAS, 2018; BRASIL, 2016)



Conduta ativa no 3º período

A tração controlada do cordão, como parte da conduta ativa, só deve ser realizada após administração de ocitocina, por profissional capacitado e associada à Manobra de *Brandt-Andrews* (para estabilização uterina).

Nas mulheres que preferem uma assistência menos intervencionista, a tração controlada não é necessária, **se um uterotônico faz parte do manejo ativo.**

Tração Controlada de cordão associada à manobra de Brandt-Andrews



Fonte: Anderson I et al. 2007

(OPAS, 2018; BRASIL, 2016)



A assistência no terceiro período do parto se reveste de fundamental importância tendo em vista as complicações que podem surgir nesse período, principalmente para as mulheres.

A mais importante e mais comum é a **hemorragia**, que figura como a **segunda causa de mortalidade materna no Brasil**.



“No momento em que um bebê nasce, um terço do seu sangue ainda está fora do corpo. E, durante toda a história da humanidade, o que aconteceu foi que o bebê nascia e então o cordão pulsava e isso empurrava o sangue para dentro do bebê. Eles obtiam 30% a mais de sangue, 60% mais glóbulos vermelhos. Eles conseguiam o ferro de que precisavam e anticorpos. Eles obtiam oxigênio.

Era poderoso, coisas poderosas. Mas o que aconteceu no século 20 é que tiveram a idéia de que nós queremos clampar e cortar o cordão imediatamente, bloqueando todas aquelas coisas boas, levando o bebê para longe para realizar os cuidados médicos.

Então, não é apenas em toda a história humana que isso aconteceu. Cada primata espera até que o cordão pare de pulsar.

Em todos os mamíferos do planeta não há um único que irá cortar o cordão umbilical antes de parar de pulsar.”

Dr. Alan Greene
Pediatra



Em que momento realizar o clampeamento e a secção do cordão umbilical?

**Realizar o clampeamento do cordão umbilical
entre 1 a 5 minutos ou de forma fisiológica
quando cessar a pulsação, exceto se houver
alguma contra indicação em relação ao cordão
ou necessidade de reanimação neonatal.**

(NICE, 2019; WHO, 2018; BRASIL, 2016)



Recomenda-se o clampeamento tardio do cordão mesmo entre mulheres que vivem com o HIV ou mulheres com status de HIV desconhecido. Tem sido demonstrado que o potencial para a transmissão do HIV de mãe para filho pode ocorrer em três momentos diferentes:

- Transfusões de sangue materno para o feto durante a gravidez (transmissão intrauterina)
- Exposição ao sangue materno e secreções vaginais quando o feto passa pelo canal do parto em partos vaginais (transmissão intraparto)
- Durante a amamentação (infecção pós-natal).

Por essa razão, a **principal intervenção para reduzir a transmissão materno-infantil é a redução da carga viral materna** por meio do uso de medicamentos antiretrovirais durante a gravidez, o parto e o período pós-natal.

Não há evidências de que retardar o clampeamento do cordão aumente a possibilidade de transmissão do HIV da mãe para o recém-nascido. Assim, os benefícios comprovados de uma secção do cordão entre 1 a 3 minutos superam os danos teóricos, e não comprovados, da secção precoce.



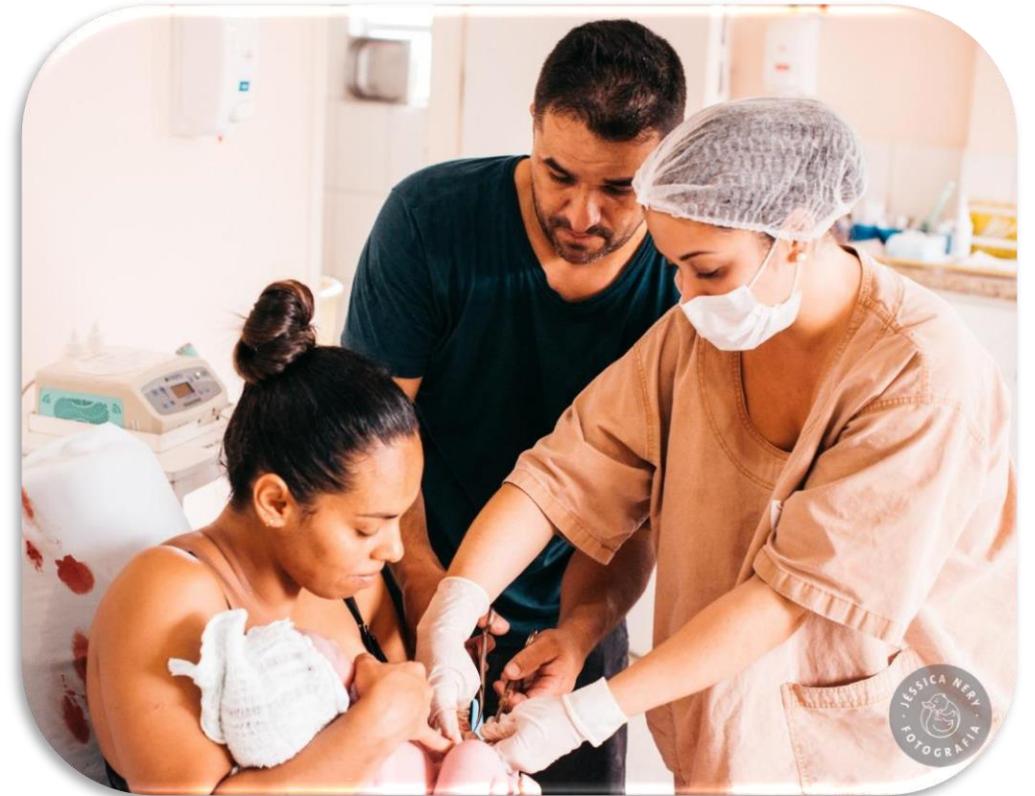
- Novos estudos avaliaram o efeito do clampeamento tardio do cordão umbilical. Os resultados mostraram que o clampeamento realizado entre 2 e 5 minutos após o nascimento:
- Aumentou significativamente os níveis de hematócrito e ferritina;
- Significativamente menor volume residual de sangue da placenta, maiores níveis de hemoglobina às 24 e 48 horas e **sem aumento de hiperbilirrubinemia ou policitemia sintomática**;
- Hematócrito significativamente maior às 2 horas, mas sem efeito sobre os índices de Apgar ou duração do terceiro período do parto.

(NICE, 2019)



O clampeamento tardio do cordão pode permitir a realização do contato pele a pele imediato, uma vez que não há necessidade de manipulação do recém-nascido pelo profissional nos primeiros minutos da sua vida. Isso pode trazer para mãe e filho uma vivência positiva.

(WHO, 2018; BRASIL, 2016)





Traumas Perineais

- Primeiro grau - lesão apenas da pele e mucosas.
- Segundo grau - lesão dos músculos perineais, sem atingir o esfíncter anal.
- Terceiro grau - lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal:
 - 3a: laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal;
 - 3b: laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal;
 - 3c: laceração do esfíncter anal interno.
- Quarto grau - lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal.





Antes de avaliar o trauma genital:

- Explicar à mulher o que será realizado e porque;
- Oferecer analgesia adequada;
- Assegurar boa iluminação;
- Posicionar a mulher de maneira confortável e com boa exposição das estruturas genitais.

Realizar o exame inicial de forma gentil e sensível.

Assegurar que o momento para essa avaliação sistemática não interfira na relação mãe-filho, exceto se houver sangramento que requeira medidas de urgência

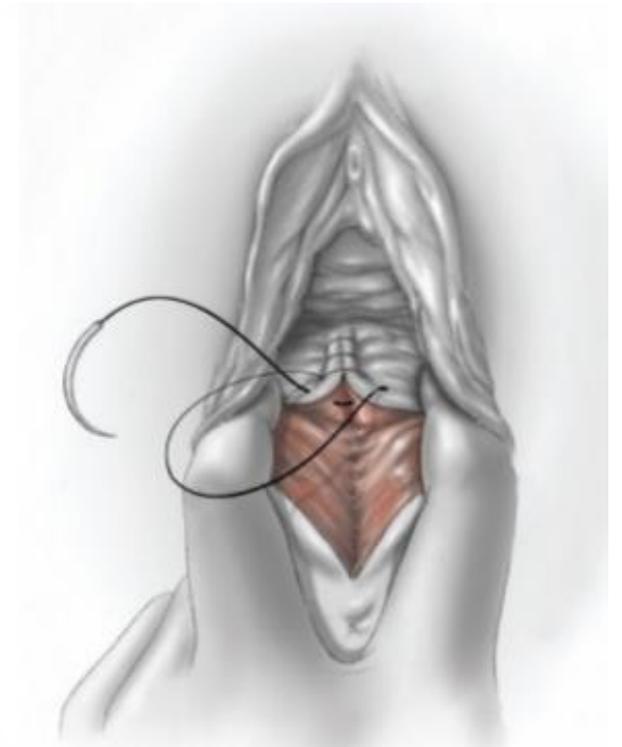


Todos os traumas perineais devem ser reparados?

Lacerações perineais de vários graus constituem a forma mais comum de lesão obstétrica. Na prática clínica, estas lacerações são frequentemente reparadas. No entanto, pequenos traumas também podem cicatrizar bem sem interferência cirúrgica.

**Lacerações que sangram ou distorcem a anatomia
devem ser reparadas.**

Se houver dor, isso pode resultar em diminuição da mobilidade e desconforto com a passagem de urina ou fezes e pode afetar negativamente a capacidade da mulher de amamentar e cuidar de seu bebê.





Evidências foram identificadas sobre a eficácia da sutura da pele em comparação com adesivos e não suturar para reparar lesões perineais de segundo grau ou episiotomia. Descobriu-se que não suturar e os adesivos cutâneos causam menos dor do que a sutura em curto e longo prazo e as mulheres tiveram menos queixas, mas ambos os métodos foram associados a um aumento na taxa de separação da pele.

(NICE, 2019)

Assim, deve-se aconselhar a mulher que:

- Em caso de trauma de primeiro grau, a ferida deve ser reparada, a fim de melhorar a cicatrização, a menos que as bordas da pele estejam bem oposta;
- Em traumas de segundo grau, o músculo deve ser reparado, também para melhorar a cicatrização.





Dar a informação à mulher sobre a extensão do trauma, o alívio da dor, dieta, higiene e a importância dos exercícios do assoalho pélvico.

Recomenda-se oferecer supositórios retais de anti-inflamatórios não esteroides rotineiramente após o reparo do trauma perineal de 1º e de 2º grau, desde que esses medicamentos não sejam contraindicados.

Realizar exame retal após a conclusão do reparo em casos de trauma de difícil abordagem ou de 3º ou 4º graus, para garantir que o material de sutura não foi acidentalmente inserido através da mucosa retal.

Recomenda-se a utilização de material de sutura sintética absorvível para reparar o períneo.



Observação e monitorização da mulher após o parto

- ✓ Avaliação precoce das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto
- ✓ Temperatura, pulso e pressão arterial
- ✓ Lóquios e contrações/retração uterina
- ✓ Examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais





A prestação de cuidados maternos imediatamente após o parto, ou seja nas primeiras duas horas, é um aspecto fundamental do cuidado qualificado.

Deve-se manter observação rigorosa da mulher, com as seguintes avaliações:

- Condição física geral, através da coloração de pele e mucosas;
- Respiração e sensação de bem-estar;
- Perda sanguínea.

As algias no período puerperal podem surgir momentos após o nascimento e persistir por meses. Interferem no sono, na movimentação, na micção, na evacuação e no apetite da mulher, desservindo a vivência positiva e prazerosa da maternidade.



**É fundamental garantir que
o parto não seja apenas
seguro, mas também uma
experiência positiva para as
mulheres e suas famílias.**

(WHO, 2018)



- O período imediatamente após o nascimento é um período bastante sensível. Deve-se assegurar que a assistência e qualquer intervenção que for realizada levem em consideração esse momento, no sentido de minimizar a separação entre mãe e filho.
- A conduta ativa é recomendada na assistência ao terceiro período do trabalho de parto, pois está associada com menor risco de hemorragia puerperal e transfusão sanguínea.
- Não realizar a secção do cordão umbilical antes de 1 minuto após o nascimento, a menos que haja necessidade de manobras de ressuscitação neonatal.



- Em lacerações de 1º grau, deve-se aconselhar o reparo perineal, para melhor cicatrização (a menos que as bordas da pele estejam bem opostas). Já em lacerações de 2º grau, o músculo deve ser reparado, também para melhor cicatrização. Entretanto, as evidências apontam que não suturar e os adesivos cutâneos causam menos dor do que a sutura em curto e longo prazo e as mulheres tiveram menos queixas.
- A prestação de cuidados maternos imediatamente após o parto é um aspecto fundamental do cuidado qualificado. Deve-se manter observação rigorosa.



Referências

- Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Feb 13;2:CD007412. doi: 10.1002/14651858.CD007412.pub5. PubMed PMID: 30754073; PubMed Central PMCID: PMC6372362.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 381 p.
- Elharmeel SM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Aug 10;(8):CD008534. doi: 10.1002/14651858.CD008534.pub2. Review. PubMed PMID: 21833968.
- NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Appendix A: Summary of evidence from surveillance. 2019 surveillance of Intrapartum care for healthy women and babies (2014) NICE guideline CG190. 2019.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

CUIDADO À MULHER EM TRABALHO DE PARTO: BOAS PRÁTICAS NO 3º E 4º PERÍODOS

Material de 10 de maio de 2019

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.