

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 PRIMEIRO PERÍODO



Mulheres em trabalho de parto devem ser **tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões.** Para isso, os profissionais que as atendam deverão estabelecer uma relação de intimidade com estas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. **Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.**



Objetivos dessa apresentação

- Discutir os seguintes aspectos da assistência ao primeiro período do trabalho de parto:

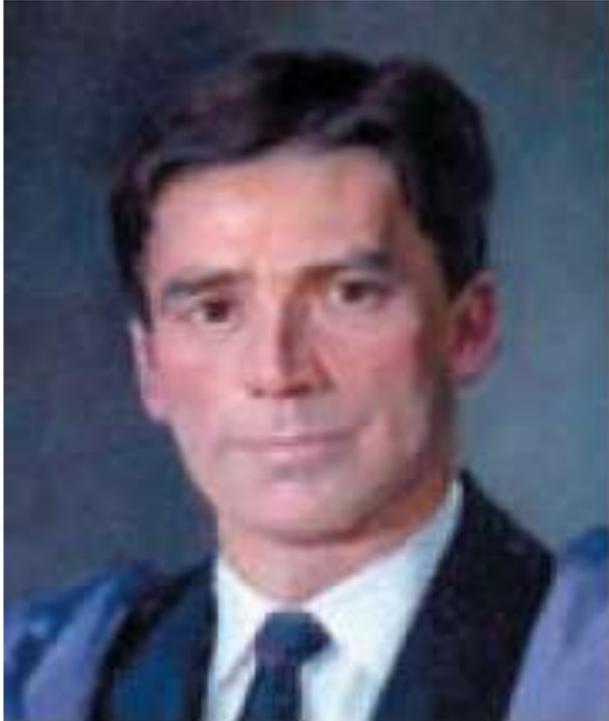


- **Momento da admissão**
- **Dieta no trabalho de parto**
- **Posição e deambulação**
- **Vigilância fetal e materna**

- Suporte contínuo no parto
- Métodos de alívio da dor
- Uso do partograma
- Diagnóstico de distócia



São abordados em outros materiais do Portal de Boas Práticas



Kieren O'Driscoll
(1920 - 2007)

“Uma das decisões mais importantes sobre o cuidado de mulheres em trabalho de parto é reconhecer quando a trabalho de parto começou”



Quando admitir uma paciente?

Não pode ser tão tarde: complicações que podem surgir nesse período não serão detectadas



Resultados desfavoráveis para a mãe e para a criança.

Não pode ser tão cedo: início da assistência muito precoce pode sujeitar a mulher a intervenções desnecessárias



Complicações de intervenções desnecessárias e ansiedade para a equipe e a mulher/família

Além dos critérios clínicos para o diagnóstico de trabalho de parto, o profissional deve considerar fatores logísticos (distância do domicílio, condições de acesso) e fatores emocionais da mulher e seus familiares.



Programas de avaliação do trabalho de parto inicial com objetivo de retardar a admissão hospitalar (Cochrane, 2009 – 1 estudo; 209 mulheres)

Programas de avaliação do trabalho de parto, com o objetivo de retardar a admissão hospitalar até a fase ativa do trabalho de parto, podem beneficiar mulheres com gestação no termo.

Menor chance de receber ocitocina

Menor chance de receber analgesia peridural.

Menor duração do trabalho de parto.



Trabalho de parto estabelecido – quando:

- Há contrações uterinas regulares
 - **E**
- Há dilatação cervical progressiva a partir dos 4 cm.



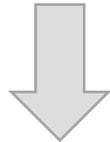
**ADMISSÃO PARA
ASSISTÊNCIA AO PARTO**

(BRASIL, 2016)



Fase de latência do primeiro período do trabalho de parto – um período não necessariamente contínuo quando:

- Há contrações uterinas dolorosas
 - E
- Há alguma modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm



É melhor não admitir



Entretanto essa mulher precisa de apoio e informação. Suas queixas precisam ser valorizadas.

(BRASIL, 2016)



Lembre-se!



Uma queixa frequente entre mulheres que procuram maternidades em fase de latência é que suas queixas não foram valorizadas e suas dúvidas não foram esclarecidas. Essas mulheres costumam peregrinar por vários outros serviços em busca de apoio.

O uso de critérios objetivos para o diagnóstico de trabalho de parto é importante, mas “os profissionais devem **OUVIR** a mulher, ao invés de simplesmente aplicar medidas arbitrárias ou sinais para identificar o início do trabalho de parto”.

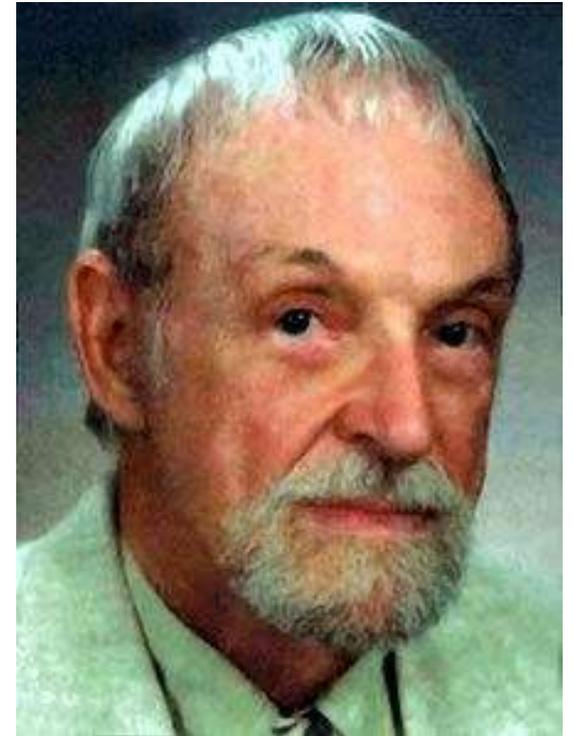


Em 1946, Curtis L Mendelson descreveu 66 casos de aspiração de conteúdo gástrico em 44.016 (0,15%).

Com base neste achado, o autor recomendou “suspender a dieta oral durante o trabalho de parto e substituir por líquidos parenterais, quando necessário”.

MENDELSON, 1946

Políticas de dieta zero durante o trabalho de parto foram adotadas no mundo inteiro, desde então.



Curtis L Mendelson (1913 - 2002)



A suspensão da dieta, durante o trabalho de parto, sob o argumento de que “uma cesárea pode ser necessária”, não é justificável.

1. O risco de aspiração e óbito por aspiração é muito raro.



Um estudo avaliando os óbitos relacionados à anestesia durante o parto, nos EUA (1979-1990), mostrou que esse risco é da ordem de 1 caso / 1.400.000 nascimentos

HAWKINS et al., 1997

2. Jejum durante o trabalho de parto é prejudicial para a mãe e o bebê



Aumenta a produção de corpos cetônicos e diminui os níveis de glicose e insulina.

BRASIL, 2016



O que dizem as evidências?

1. Como não existem evidências de benefícios ou danos, não existem justificativas para a restrição de sólidos ou líquidos durante o trabalho de parto, para mulheres com baixo risco de complicações.
2. Nenhum estudo avaliou especificamente mulheres com risco aumentado de complicações, assim não existem evidências que suportem a restrição neste grupo de mulheres.





Recomendações em relação à dieta e intervenções para reduzir aspiração gástrica

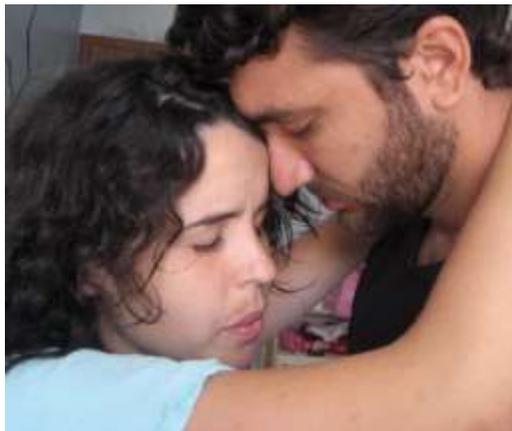
- Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água.
- Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.
- Os antagonistas H2 e antiácidos não devem ser utilizados de rotina para mulheres de baixo risco para anestesia geral durante o trabalho de parto.
- As mulheres que receberem opióides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos.



O que são posições ortostáticas e liberdade para deambular durante o trabalho de parto?

Existem muitas variações para posições ortostáticas e livre mobilidade, porém o componente principal é a possibilidade que a mulher tem de movimentar-se e modificar sua posição de maneira rápida e confortável durante o trabalho de parto.

1. Podem começar em locais diferentes (domicílio, chuveiro, pátio da maternidade, etc).
2. Podem ser utilizadas uma grande variedade de equipamentos auxiliares, como bolas e cadeiras.
3. Posições diferentes podem ser alternadas durante o trabalho de parto e incluir medidas de conforto, como:
 - Movimentos de quadril
 - Apoiar-se no parceiro
 - Massagens nas costas

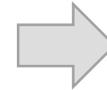




Veja o que dizem as evidências

(Cochrane, 2013. 25 estudos, 5.218 mulheres)

Existe evidência clara e importante de que caminhar e posições ortostáticas no primeiro período do trabalho de parto reduz a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, a necessidade de peridural e não parece associada a aumento nas intervenções ou efeitos negativos sobre o bem estar das mães e bebês.



Resultado	Estudos	n	Efeito
Duração do primeiro período (horas)	15	2503	-1.36 [-2.22, -0.51]
Via de parto: cesariana	14	2682	0.71 [0.54, 0.94]
Uso de peridural	9	2107	0.81 [0.66, 0.99]

LAWRENCE et al., 2013



De quanto em quanto tempo devem ser monitorados os dados vitais e função vesical?

A diretriz do NICE abordou essas questões, mas não encontrou estudos relevantes que avaliassem o impacto da monitoração rotineira dos dados vitais e da função vesical durante o trabalho de parto.

Na ausência de fatores de risco e sem uso de ocitócito

- Frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora
- Pulso de 1 em 1 hora
- Temperatura e pressão arterial de 4 em 4 horas
- Frequência da diurese



Componentes do exame vaginal (toque)

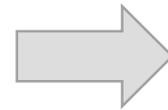
Condições do colo	<ul style="list-style-type: none">• Posição (posterior ou anterior)• Consistência (firme a macio)• Apagamento (grosso-fino)• Dilatação (0-10 cm)	Estado das membranas	<ul style="list-style-type: none">• Íntegras ou rotas• Grau de aplicação sobre a apresentação fetal• Grau de abaulamento durante as contrações
Apresentação fetal	<ul style="list-style-type: none">• Grau de rotação• Grau de flexão (defletido-fletido)• Presença de bossa• Altura na pelve materna	Condições da mãe	<ul style="list-style-type: none">• Qualquer estreitamento evidente da pelve materna

O objetivo do toque vaginal é avaliar a progressão do trabalho de parto



Monitorar o progresso do trabalho de parto é útil para verificar se o trabalho de parto está progredindo de forma adequada, identificar desvios da normalidade, de forma a permitir intervenções oportunas e prevenir morbidade materna e fetal.

O toque vaginal tem sido o método padrão para avaliar o progresso do trabalho de parto

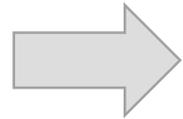


Apesar disso, existem poucas evidências sobre a sua efetividade

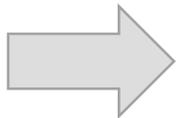
Apenas 1 estudo randomizado comparou toques vaginais a cada 2 horas versus toque vaginal a cada 4 horas (n = 109)
Não foram encontradas diferenças em relação à duração do trabalho de parto. Não foram investigados outros desfechos primários como infecções maternas ou fetais e visão das mulheres sobre o trabalho de parto.



Se o objetivo do toque vaginal é monitorar o progresso do trabalho de parto e identificar DISTÓCIA, sua frequência deve ser determinada por intervalos de tempo que sejam úteis para o diagnóstico de DISTÓCIA



Cesariana por parada de progressão na fase ativa (> 6 cm) deve ser reservada para mulheres com bolsa rota, que permanecem com o colo inalterado após pelo menos **4 horas** com bom padrão de contração ou 6 horas com administração de ocitocina e contrações inadequadas.



Se as condições maternas e fetais permitirem, cesariana por falha de indução na fase latente pode ser evitada permitindo-se durações maiores para a fase latente (até 24 horas ou mais) e uso de ocitocina por **pelo menos 12-18 horas** após ruptura de membranas.

**Porque tocar de rotina
em intervalos < 4 h?**



“... Exames vaginais de repetição são uma intervenção invasiva de valor ainda não comprovado...”

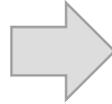
(CHALMERS, 1989)

A Organização Mundial da Saúde recomenda que o número de exames vaginais deve ser limitado àquele estritamente necessário e que uma vez a cada 4 horas é suficiente.

(OMS, 1996)

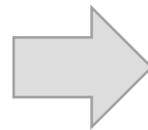


Toque vaginal com intervalo
< 4 horas está associado a:



- Maior risco de infecção (particularmente em mulheres com bolsa rota)
- Desconforto, dor, constrangimento à mulher
- Ansiedade por parte da equipe assistencial
- **Não contribui para o diagnóstico de distócia**

Brasil (2016) e Inglaterra (2014)
recomendam, durante o primeiro
período do trabalho de parto:



Exame vaginal de 4 em 4 horas ou se
houver alguma preocupação com o
progresso do parto ou em resposta aos
desejos da mulher (após palpação
abdominal e avaliação de perdas vaginais)



- **Programas de avaliação do trabalho de parto, com o objetivo de retardar a admissão hospitalar até a fase ativa do trabalho de parto, podem beneficiar mulheres com gestação no termo, evitando intervenções desnecessárias e, conseqüentemente, suas complicações.**
- **Não existem justificativas para a restrição de sólidos ou líquidos durante o trabalho de parto, para mulheres com baixo risco de complicações. As evidências atuais indicam que não é prejudicial e pode trazer benefícios.**
- **As evidências apontam que caminhar e posições ortostáticas no primeiro período do trabalho de parto reduz a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, a necessidade de peridural e não parece associada a aumento nas intervenções ou efeitos negativos sobre o bem estar das mães e bebês.**
- **Apesar de exames vaginais de repetição serem uma intervenção invasiva, com poucas evidências sobre sua efetividade, ainda persistem como o método padrão para avaliar o progresso do trabalho de parto. As recomendações atuais são de que sejam realizados a cada 4h ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais).**



Referências

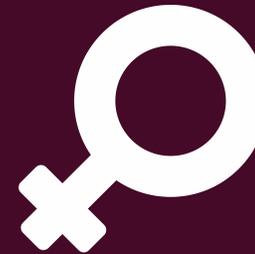
- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine; Caughey, A.B.; Cahill, A.G.; Rouse, D.J. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Mar;210(3):179-93. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.01.026.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação [recurso eletrônico] / 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. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
- Chalmers, I.; Enkin, M.; Keirse, M.J.N.C. *Effective care in pregnancy and childbirth.* Oxford: Oxford University Press; 1989.
- Downe, S.; Gyte, G.M.L.; Dahlen, H.G.; Singata, M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2.
- Greulich, B.; Tarrant, B. The latent phase of labor: diagnosis and management. *J Midwifery Womens Health.* 2007 May-Jun; 52(3):190-8.
- Hawkins, J.L.; Koonin, L.M.; Palmer, S.K.; Gibbs, C.P. Anesthesia-related deaths during obstetric delivery in the United States, 1979-1990. *Anesthesiology.* 1997 Feb;86(2):277-84.
- Lauzon L, Hodnett ED. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 3. Art. No.: CD000936. DOI: 10.1002/14651858. CD000936
- Lawrence, A.; Lewis, L.; Hofmeyr, G.J.; Styles, C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Aug 20;(8): CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub3.
- Mendelson, C.L. The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *Am J Obstet Gynecol.* 1946 Aug; 52:191-205.
- NCCWCH – National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. *Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth.* London: RCOG Press. 839 p, Dec. 2014.
- O’Driscoll, K.; Stronge, J.M.; Minogue, M. Active management of labor. *Br Med J* 1973;3:135–137.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *Assistência ao Parto Normal: um guia prático.* Genebra: OMS, 1996. 54 p.
- Singata, M.; Tranmer, J.; Gyte, G.M.L. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* In: *The Cochrane Library*, Issue (última atualização: 2012)



Outras referências consultadas

- BOHREN, M.A.; HOFMEYR, G.J.; SAKALA, C. et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/epdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 115 p.
- Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/10/Diretrizes-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-Gestante-a-opera%C3%A7%C3%A3o-cesariana.pdf>
- WHO. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1>
- WHO. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization, 2016. ISBN 978 92 4 154991 2. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>

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 PRIMEIRO PERÍODO

Material de 03 de maio de 2018

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.