



**O Parto Sob o Ponto de
Vista Clínico:
Sintomatologia,
Cuidados e Intervenções**

CAPÍTULO 2

O PARTO SOB O PONTO DE VISTA CLÍNICO: SINTOMATOLOGIA, CUIDADOS E INTERVENÇÕES

Assim como conhecer o parto sob o ponto de vista mecânico, o conhecimento dos aspectos clínicos, emocionais, psicológicos e socioculturais é essencial para o entendimento do processo e para o planejamento da assistência.

■ FASES CLÍNICAS DO PARTO

O parto é o processo através do qual, após atingido o peso fetal de 500 g (o que corresponde a idade gestacional de 20 a 22 semanas), os produtos da concepção (feto, placenta e membranas) são expelidos do útero e da vagina para o ambiente externo. Antes desta idade gestacional este processo é denominado abortamento. Embora o parto ocorra de forma contínua, didaticamente é dividido em 3 períodos ou fases clínicas principais:

- primeiro período ou período de dilatação – do início do trabalho de parto até a dilatação total do colo uterino;
- segundo período ou período expulsivo – da dilatação total do colo até a expulsão completa do feto;
- terceiro período, secundamento ou delivramento – inicia-se com a expulsão do feto e termina com a expulsão da placenta e das membranas.

Dois outros períodos clínicos também devem ser considerados:

- o período prodrômico, pródromos de trabalho de parto ou falso trabalho de parto, que antecede o trabalho de parto franco;
- o quarto período, que constitui a primeira hora do pós-parto imediato.

1º PERÍODO: DILATAÇÃO

Geralmente se inicia a partir do momento em que a mulher apresenta contrações de trabalho de parto (ver o capítulo Contratilidade Uterina). É caracterizado pela dilatação e apagamento do colo uterino e também pela formação da bolsa das águas e, na maioria dos casos, pela sua rotura espontânea (amniorrexe). Nos casos de evolução normal ou eutócica, durante o período de dilatação a insinuação geralmente é completada e ocorrerá a rotação e a descida da apresentação pelo canal do parto (ver Mecanismo do Parto).

A dor constitui um dos aspectos mais emblemáticos e clinicamente importantes do trabalho de parto. Eventualmente, em raros casos, a parturiente não refere dor no início do trabalho de parto.

Alterações cervicais

Durante o período de dilatação ocorrem diversas alterações cervicais.

Dilatação

É o aumento de diâmetro do canal cervical.

No início do trabalho de parto a dilatação é de 2 a 3 cm, o que corresponde à introdução de um a dois dedos através do colo. Com o passar das horas, as bordas do colo continuam se afastando e a dilatação progride até cerca de 10 cm. Quando o colo não é mais identificado pelo toque dizemos que a dilatação é total. A partir de 5 - 6 cm a dilatação é melhor avaliada estimando-se o quanto de colo ainda pode ser tocado entre a apresentação e a parede

vaginal. Assim, quando se toca a orla de colo com 1 cm em toda volta, significa que a dilatação é de 8 cm.

Apagamento

É a redução do comprimento do colo. Dizemos que o colo não apagado apresenta 3 cm de comprimento. O colo totalmente apagado dizemos medir 0,5 cm. Nas primíparas, tipicamente, o apagamento ocorre ainda durante o final da gravidez, antes do início do franco trabalho de parto. Nas multíparas o apagamento geralmente ocorre simultaneamente à dilatação (Figura 1). O apagamento cervical decorre da incorporação das fibras musculares cervicais ao segmento inferior do útero.

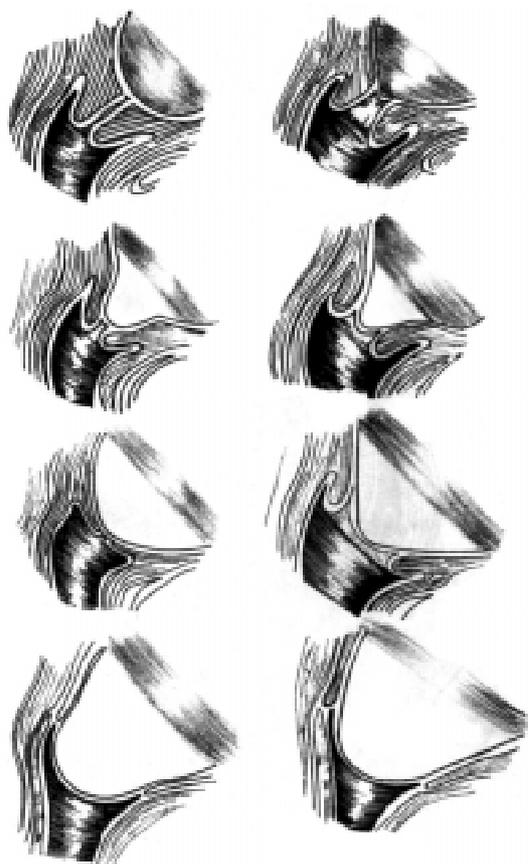


Figura 1. Dilatação, apagamento do colo e formação da bolsa das águas em primíparas (à esquerda) e em multíparas (à direita).

Amolecimento

Fora da gravidez a consistência do colo é rija, fibrosa comparada à do nariz. Durante a gravidez o colo torna-se amolecido, sendo a consistência semelhante à do lábio. Durante o trabalho de parto o colo torna-se ainda mais embebidado e amolecido.

Centralização

É a mudança de orientação do colo que de quase perpendicular ao eixo da vagina – colo posterior – tende a coincidir a direção do canal cervical com a do canal do parto – colo centralizado.

Bolsa das Águas

Desde o início da gravidez, o feto se desenvolve dentro da bolsa amniótica que, por sua vez, é revestida, externamente pelo saco corial. Este conjunto – bolsa amniótica e bolsa corial – é conhecido como membranas ovulares.

A expressão bolsa das águas se refere às membranas ovulares percebidas durante o trabalho de parto. É formada em consequência da dilatação cervical e das contrações uterinas que favorecem a protrusão das membranas através do canal cervical.

A bolsa das águas geralmente se rompe espontaneamente durante o trabalho de parto (amniorrexe). Quanto à oportunidade da rotura, a amniorrexe é classificada em:

- precoce – quando ocorre no início do período de dilatação;
- oportuna – quando ocorre no final do período de dilatação ou no início do período expulsivo;
- tardia – quando ocorre no final do período expulsivo.

Quando a rotura das membranas é provocada pelo parteiro é denominada de artificial ou provocada. Nestes casos, o parteiro utiliza um ramo de pinça cirúrgica ou um instrumento construído exclusivamente para este fim que é o amniótomo. Como veremos mais adiante, a amniotomia é atualmente um procedimento de exceção sendo contra-indicada a sua realização sistemática.

É importante observar que as expressões Amniorrexe Prematura ou Rotura Prematura das Mem-

branas Ovulares (RPMO) se referem à rotura das membranas que ocorre ANTES do início do trabalho de parto. Alguns autores estipulam o prazo de uma hora de latência para que se faça este diagnóstico. O termo prematura se refere à oportunidade em relação ao trabalho de parto e não à idade gestacional. Assim a RPMO pode ocorrer na gravidez a termo, pré-termo e pós-termo (ver o capítulo: Prematuridade e RPMO).

2º PERÍODO: EXPULSÃO

O período expulsivo é caracterizado pela dilatação total e pela presença de esforços expulsivos, voluntários e reflexos, realizados pela parturiente, que se somam à intensa atividade uterina (5 contrações em 10 minutos com 50 mmHg de intensidade – $5 \times 50 = 250$ unidades Montividéo de atividade uterina).

Ao toque não se percebe mais o colo uterino, passando a haver continuidade entre o segmento inferior do útero e a vagina. Excepcionalmente, durante o segundo período, percebe-se orla de colo que circunda total ou parcialmente a apresentação. Em casos muito raros, é possível a expulsão a despeito desta orla de colo, em especial em caso de fetos pequenos. Em certas circunstâncias, o parteiro tenta reduzir a orla de colo, que é desalojada digitalmente para além da apresentação.

Os esforços expulsivos correspondem à ativação da prensa abdominal que consiste na contração da musculatura abdominal e no abaixamento do diafragma (expiração forçada e mantida). Esta atividade muscular é em parte voluntária e em parte reflexa, como consequência do estímulo resultante da distensão das paredes da vagina e do reto pela presença da apresentação no final do canal do parto. O esforço físico e a atividade muscular apresentada pela parturiente é similar àquela envolvida na evacuação, porém de maior intensidade. Esse esforço muscular é conhecido como “puxos”.

Na etapa final da expulsão, ocorre o bombeamento do períneo decorrente da presença da apresentação distendendo intensamente o períneo posterior.

3º PERÍODO: SECUNDAMENTO

No terceiro período – secundamento ou delivramento – ocorre a separação e a expulsão da placenta e das membranas.

O processo de descolamento se inicia pela formação de hematoma retroplacentário que, à medida que se expande, leva ao descolamento completo da placenta. Este processo também denominado de quitadura se efetua de acordo com um dos seguintes mecanismos:

mecanismo de Baudelocque-Schultze – pelo qual o descolamento se dá do centro para as bordas da placenta, fazendo com que seja exteriorizada, primeiramente, a face fetal. É o mecanismo de descolamento mais comum (75%) e ocorre com mais frequência nas placentas localizadas no fundo uterino;

mecanismo de Baudelocque - Duncan – pelo qual o descolamento se dá na borda da placenta, fazendo com que seja exteriorizada, primeiramente, a face materna. A perda sangüínea se exterioriza logo no início do descolamento é mais comum nas placentas localizadas na parede lateral do útero.

Após o descolamento da placenta, as contrações uterinas e a pressão do hematoma fazem com que a placenta seja impulsionada para o segmento inferior do útero e porção proximal da vagina, movimento que termina por descolar as membranas.

Durante o secundamento as contrações uterinas são geralmente indolores a despeito de serem mais intensas que durante a expulsão.

Ao observarmos os aspectos clínicos do secundamento, verificamos que logo depois da ligadura do cordão o fundo do útero se localiza ao nível da cicatriz umbilical. A cada metros-sístole, o fundo uterino sofre abaixamento, retornando à altura anterior quando se relaxa.

Quando a placenta se desprende e alcança o segmento inferior o fundo uterino se eleva e ocorre deslocamento para direita.

Após a expulsão da placenta, o útero se contrai de maneira intensa e continuada ou tetânica. Adquire assim consistência lenhosa, configurando o globo de segurança de Pinard.

No que diz respeito aos processos hemostáticos verifica-se primeiramente a miotampo-nagem – ligadura dos vasos sanguíneos que passam por entre as fibras uterinas. Segue-se a trombotamponagem – caracterizada pela formação de trombos intravasculares, favorecida pela miotampo-nagem, e pela formação de coágulos intrauterinos.

■ ASSISTÊNCIA CLÍNICA AO PARTO

Com vistas a uma assistência integral ao binômio mãe-bebê, definimos 5 objetivos principais na assistência ao parto:

- avaliar e promover o bem-estar materno;
- avaliar a progressão do parto;
- avaliar e promover o bem-estar fetal;
- identificar fatores de risco, complicações e/ou circunstâncias que demandem intervenções específicas;
- realizar e/ou operar as intervenções específicas.

Estes objetivos deverão ser considerados simultaneamente e devem resultar em ações que favoreçam a saúde e o bem estar da mãe e do conceito e que o parto ocorra nas melhores condições possíveis.

AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DO BEM ESTAR MATERNO

Acolhimento

Quando chegam à maternidade, a parturiente e seu/sua acompanhante deverão ser acolhidos pela equipe que deverá:

- identificar-se, informando à paciente quem é o obstetra responsável pelo plantão e quais os profissionais que irão prestar assistência;
- confirmar o diagnóstico de trabalho de parto identificando qual o período clínico e avaliando o risco específico daquele caso tanto para mãe quanto para o conceito;
- planejar a assistência, informar e, sempre que possível, discutir com a parturiente os procedimentos a serem adotados.

Alívio da dor

Constitui um dos aspectos mais importantes na promoção do bem estar materno sendo uma das prioridades do Programa de Assistência Humanizada à Mulher do Ministério da Saúde, cujos conceitos e recomendações apresentamos neste capítulo.

A dor, pelo seu caráter subjetivo, é um sintoma de difícil avaliação que, independentemente de influências sócio-culturais, pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres. A possibilidade de controle da dor é um direito da mulher brasileira garantida por portarias do Ministério da Saúde (2.815 de 1998 e 572 de 2000). A analgesia de parto é um procedimento obstétrico remunerado pelo SUS.

Fisiologia

Um dos aspectos que deve ser observado é o preparo psicológico e a estabilidade emocional da parturiente. O medo e a tensão parecem constituir elementos importantes no ciclo vicioso que exacerbava a dor no parto. O ciclo tensão-medo-dor pode culminar com a desorganização da atividade uterina (discinesia uterina), prolongando ou mesmo impedindo o parto normal.

Quanto aos estímulos físicos, o componente mais importante parece ser a dilatação do colo uterino, somado a outros fatores como: a contração e distensão das fibras uterinas; distensão do canal do parto; tração de anexos e peritônio; pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas; e pressão de raízes do plexo lombo-sacro.

Durante o período de dilatação, a dor tem característica visceral e os estímulos aferentes atingem o Sistema Nervoso Central (SNC) em T10, T11, T12 e L1. No período expulsivo a dor assume características somáticas em decorrência da distensão perineal.

Repercussões materno-fetais associadas à dor

Aumento do volume minuto e do consumo de oxigênio à redução da PaCO₂ materna em até 20 mmHg e elevação do pH até 7,55-7,60 (descompensação da alcalose respiratória da gravidez). A hipocapnia pode diminuir o estímulo ventilatório e reduzir a PaO₂ materna que, quando abaixo de 70 mmHg, pode levar à hipoxemia fetal e desacelerações da sua frequência cardíaca (ver adiante Avaliação do Bem Estar Fetal).

Aumento do débito cardíaco em relação ao final da gravidez (quando o débito já estava aumentado em cerca de 40%):

- 10 a 15% no período de dilatação;
- 50% no período expulsivo;
- 80% no pós-parto imediato.

Aumento dos níveis de adrenalina, nora-drenalina, cortisol e ACTH no sangue materno. Estas substâncias estão aumentadas em outros tipos de estresses e de dores. São reduzidas pelo bloqueio peridural, mas não pelos opiáceos.

Métodos de analgesia

Durante o pré-natal a gestante deve ser esclarecida sobre as formas de analgesia disponíveis, suas vantagens e desvantagens. Existem três métodos básicos para controle da dor durante o parto: os farmacológicos sistêmicos, os farmacológicos regionais e os não farmacológicos.

Métodos farmacológicos sistêmicos

Os opióides são os agentes mais usados para este fim, em especial a meperidina, que geralmente é empregada na dose de 50 mg (IV ou IM) nas fases iniciais do trabalho de parto. Como efeitos colaterais maternos, dose dependentes, podem ocorrer náuseas e vômitos e, mais raramente, depressão respiratória. A meperidina pode ser associada à prometazina (25 mg), que potencializa sua ação analgésica sem causar depressão respiratória e tem propriedades anti-eméticas.

A meperidina está associada a depressão neonatal que é máxima quando administrada entre 2

e 3 horas (ou 1 a 4 horas) antes da expulsão. O seu emprego demanda a presença do neonatologista na sala de parto e a disponibilização de drogas antagonistas como o naloxone.

Os benzodiazepínicos devem ser evitados no pré-parto uma vez que comprometem a termo-regulação fetal, reduzem a oscilação dos traçados cardiotocográficos, competem com a bilirrubina pela albumina transportadora e por permanecerem por mais de uma semana na circulação do recém-nascido.

Métodos farmacológicos regionais

Bloqueio pudendo

O nervo pudendo tem a sua origem nas raízes sacrais S2-S4 e a técnica mais empregada é o bloqueio troncular bilateral, ao nível das espinhas ciáticas.

O bloqueio do pudendo é empregado no período expulsivo, em especial nos casos de parto operatório e/ou de episiotomia.

O acesso pode ser transvaginal ou transperineal, sendo este último o mais empregado no nosso meio. A agulha de 8 a 12 cm de comprimento é introduzida a meia distância entre a tuberosidade isquiática e o ânus, e guiada na direção da espinha ciática pelo toque vaginal (Figura 2). O anestésico é depositado por baixo e por trás da espinha ciática após perfurar-se o pequeno ligamento sacro-ciático (10 ml de lidocaína 1% com adrenalina 1:200.000). Mais 5 ml do anestésico devem ser depositados na face interna da tuberosidade isquiática (canal de Alcock). O procedimento é repetido do outro lado.



Figura 2. Bloqueio pudendo ao nível da espinha ciática pelo acesso perineal.

Bloqueio peridural

Consiste na deposição do anestésico no espaço peridural e é um dos mais eficazes recursos no controle da dor do parto. Pode ser empregado desde o período de dilatação e a técnica mais utilizada é o bloqueio contínuo através de cateter geralmente aplicado através dos espaços L3-L4 ou L4-L5. Uma droga frequentemente empregada é a Bupivacaína 0,125% até a dilatação de 7 cm e 0,25% deste momento em diante.

A peridural tem como vantagem a abolição da dor, efeito prolongado, controle da intensidade e extensão do bloqueio, ausência de depressão respiratória materna e fetal e versatilidade em situações especiais como cesárea de urgência e eclâmpsia.

Atualmente o bloqueio peridural é o procedimento anestésico mais empregado para analgesia de parto e para a cesariana.

Raquianestesia

Consiste na injeção do anestésico no líquido cefalorraquidiano, através de punção lombar. É adequada no final da dilatação ou no período expulsivo. É mais indicada quando se pretende um maior relaxamento perineal como nos casos de manobras extrativas, aplicação do fórcepe obstétrico e manobras de revisão do canal do parto. Tem como inconvenientes a possibilidade de maior comprometimento da prensa abdominal e a cefaléia pós-punção.

Geralmente emprega-se Lidocaína 5% hiperbárica ou Bupivacaína 0,5% hiperbárica.

Bloqueio combinado raqui-peridural

Consiste na combinação das duas técnicas anteriores. Antes de se colocar o cateter de peridural, passa-se uma agulha fina para perfurar a duramáter e fazer a raquianestesia.

Métodos não farmacológicos

Método psicofilático

Introduzido em 1954 prepara a mulher para o parto através de programa educacional sobre a fisiologia do parto além de exercícios físicos e respira-

tórios. Deve ser usado na fase inicial do parto e, quando necessário, complementado por outros métodos.

Acupuntura

Baseia-se na liberação de endorfinas para produzir a analgesia que geralmente é parcial e demanda métodos complementares no segundo estágio.

Estimulação elétrica transcutânea

Consiste na aplicação de dois eletrodos superficiais nos dermatômos correspondentes a T10 a L1 ao nível das vértebras S2 a S4. O estímulo elétrico varia em amplitude e frequência, conforme a intensidade da dor. Os resultados são variáveis.

Outros procedimentos

Outros procedimentos pertinentes à admissão, como dieta, enteroclise e tricotomia são discutidos adiante em procedimentos específicos.

Estas medidas gerais de acolhimento, assim como os procedimentos iniciais, são da maior importância para o estabelecimento de condições que favoreçam o bem estar materno.

A gestante deve ser informada sobre a evolução do trabalho de parto e sobre as condições do feto. Os procedimentos que se fizerem necessários devem ser apresentados e discutidos com a parturiente que deve sentir-se como sujeito e protagonista da parturição.

AVALIAÇÃO DA PROGRESSÃO DO PARTO

Os dois principais parâmetros para a avaliação da progressão do parto são a dilatação cervical e a altura da apresentação (pólo cefálico – neste capítulo usamos como referência a apresentação mais comum que é a cefálica fletida. Algumas questões referentes a outros tipos de apresentação são discutidos em em – Operatória obstétrica – apresentações anômalas.). Na evolução normal do trabalho de parto, à medida que o colo dilata, a apresentação desce.

A dilatação se processa mais lentamente no início do trabalho de parto e para progredir de 2 para 5 cm “gasta” 2/3 do tempo total. A progressão de 5 cm até a dilatação total se dá em 1/3 do tempo total (Figura 3). A taxa média de dilatação do colo uterino nesta última fase é em torno de 1,5 cm por hora.

A altura é avaliada pelo estadiamento da apresentação pelo método de Hodge ou, preferencialmente pelo de DeLee, como descrito anteriormente em estática fetal.

Antes do início do franco trabalho de parto ocorre a fase latente de duração variada que, em muitos casos, chega ser superior a 20 horas. É importante salientar que durante a fase latente a gestante de baixo risco não precisa ser internada. Deve-se, entretanto, estar atento aos sinais de alerta como perda de líquido amniótico, aumento da frequência das contrações (2/10 minutos), redução dos movimentos fetais ou hemorragia transvaginal.

Para a notação da progressão do parto devemos usar o partograma, que é um gráfico onde se faz o registro da dilatação do colo e altura da apresentação (Figura 4). Neste gráfico também se registra o tipo de apresentação, variedade de posição e grau de flexão, pelo desenho esquemático da apresentação. São também registradas a atividade uterina, a frequência cardíaca fetal, as características da bolsa das águas e do líquido amniótico, e a administração de fluidos e/ou medicamentos como ocitócicos, ocitocina ou anestésicos.

No gráfico referente à progressão do parto, observamos uma tabela em que cada linha horizon-

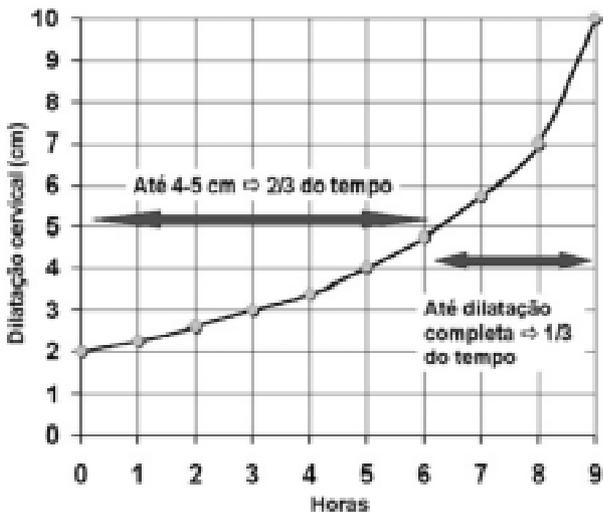


Figura 3. Curva de evolução da dilatação cervical.

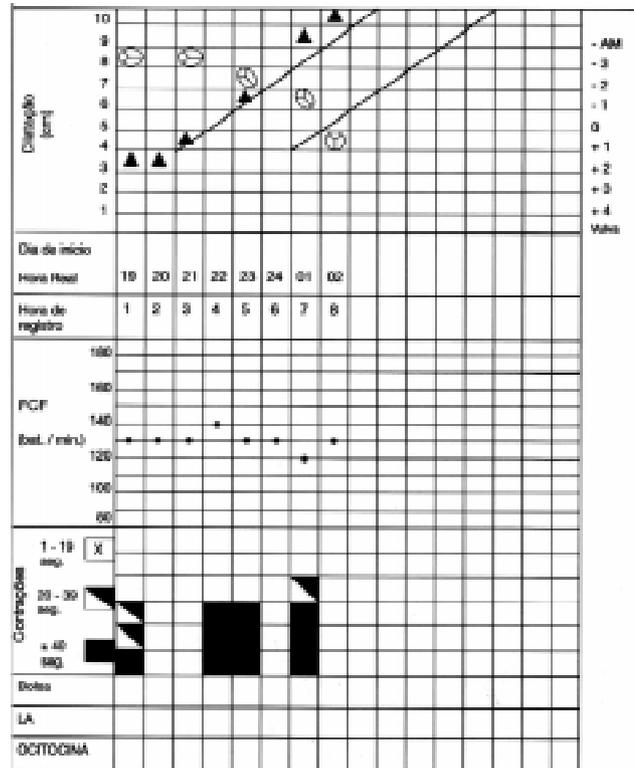


Figura 4. Partograma com as linhas de alerta e ação. O registro corresponde a um trabalho de parto de evolução normal.

tal corresponde a 1 cm de dilatação cervical, referente ao eixo da esquerda, e a 1 cm da escala de DeLee, referente à altura da apresentação. Cada linha vertical corresponde ao intervalo de 1 hora.

Deve-se iniciar a notação do partograma apenas a partir da fase ativa do trabalho de parto, ou seja, após a fase de latência. O registro prematuro no partograma pode levar a interpretações errôneas sobre a progressão do parto.

A análise dos registros da altura e da dilatação ajudam a identificar a evolução distócica do trabalho de parto.

Uma vez na fase ativa do parto, duas horas após o registro da primeira medida da dilatação cervical, marca-se uma linha diagonal ascendente que corresponde à linha de alerta. Linha paralela a esta, marcada quatro horas após, corresponde à linha de ação.

Nas figuras 5, 6 e 7 são ilustradas evoluções anômalas do trabalho de parto e sua respectiva interpretação.

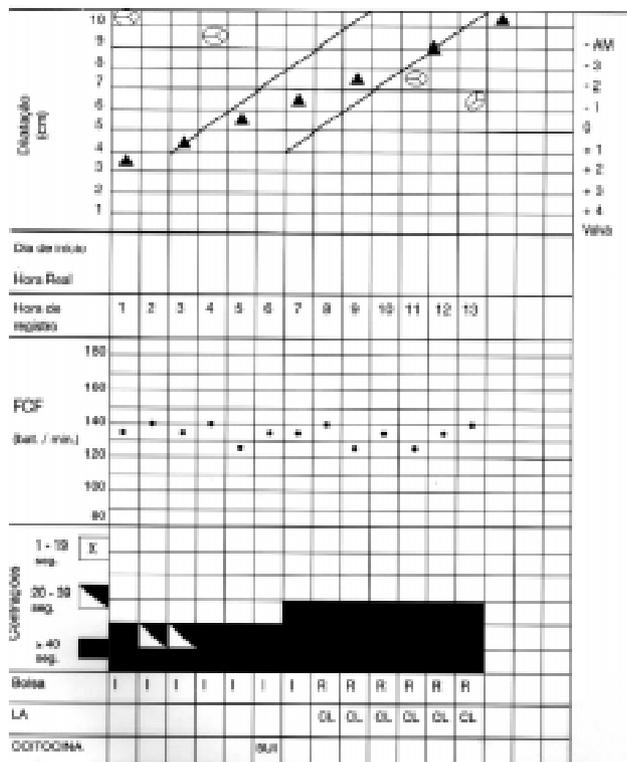


Figura 5. Partograma demonstrando progressão lenta da dilatação por bradissistolia e hipossistolia uterina. Observar que as contrações uterinas registradas apresentam baixa frequência (2 a 3 em 10 minutos) para a fase do trabalho de parto. Houve prolongamento da fase ativa do parto. A dilatação cervical ultrapassou as linhas de alerta e ação.

Uma vez que haja distúrbio da contra-tilidade, devemos atuar corrigindo a dinâmica uterina. Na Figura 5 está ilustrado um caso de parada de progressão da dilatação provavelmente por hipossistolia. Na Figura 6 observamos que a parada de progressão da dilatação ocorreu a despeito da atividade uterina ser intensa (intensidade e frequência das contrações). Este caso nos faz inferir que esteja ocorrendo algum distúrbio da coordenação da contração uterina (ver discinesias por incoordenação e inversão do tríplice gradiente descendente, no capítulo sobre contratilidade uterina anormal).

Na Figura 7 encontramos parada de progressão da apresentação, que permanece na mesma altura a despeito da atividade uterina adequada e da boa dilatação cervical (o que indica que a contração é coordenada). Esta situação provavelmente se deve a desproporção céfalo-pélvica (seja por macrossomia, vício pélvico ou ambos).

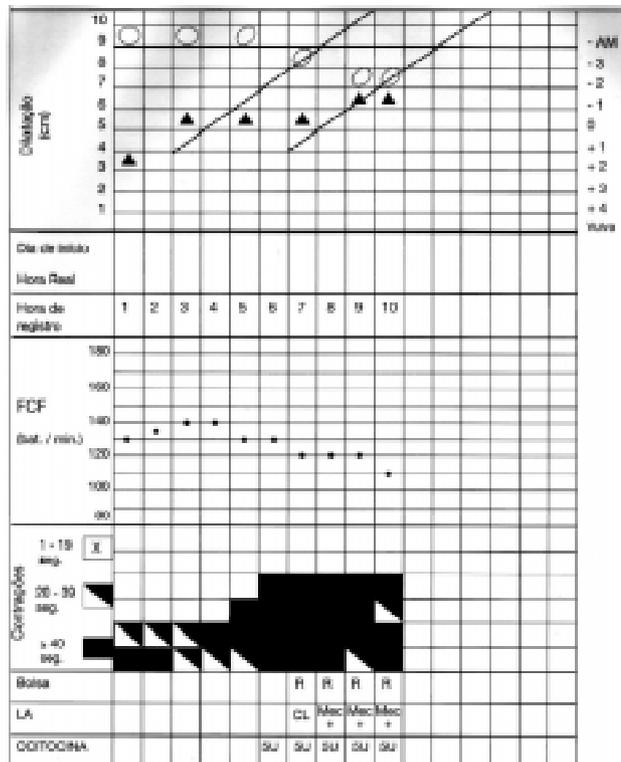


Figura 6. Parada de progressão da dilatação a despeito de contrações uterinas com frequência e duração normais, o que faz supor estar havendo incoordenação das contrações (discinesia uterina).

Outras circunstâncias que podem levar a este tipo de parada de progressão são:

- distúrbios do mecanismo;
- apresentações distócicas;
- vícios posicionais.

AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL

Este é um objetivo que não está presente em alguns poucos casos que correspondem aos fetos inviáveis, pela prematuridade extrema (menos de 24 semanas), anomalias fetais incompatíveis com a vida (como a anencefalia) e, obviamente, nos casos de feto morto.

Para a parturiente que não apresenta qualquer fator de risco ou qualquer indício de comprometimento do conceito, a avaliação do bem estar fetal pode

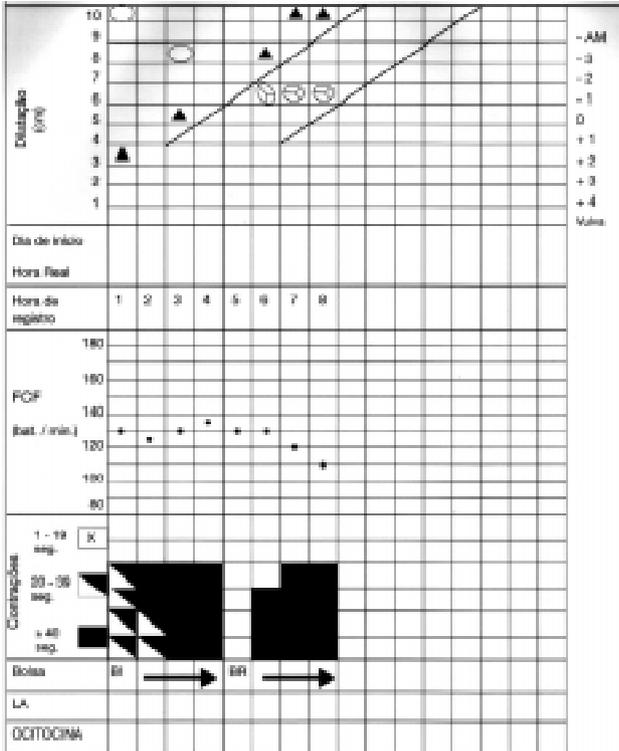


Figura 7. Parada de progressão da descida da apresentação, apesar de atividade uterina e progresso da dilatação adequados. Provável desproporção céfalo-pélvica.

ser realizada, com uma boa margem de segurança, pela ausculta freqüente dos batimentos cardíacos fetais (BCF), antes durante e após as contrações uterinas. Nestes casos parece não haver vantagem na monitoração eletrônica com a cardiocotografia (CTG) intraparto contínua.

Nos casos de baixo risco, pelo geral é satisfatória a avaliação clínica dos BCFs ou pela CTG INTERMITENTE. Devemos verificar:

- a freqüência basal, que deve estar entre 120 e 160 bpm;
- a presença de acelerações transitórias da freqüência cardíaca fetal (AT). AS ATs falam a favor do bem estar fetal;
- a presença de desacelerações, em especial aquelas que se iniciam após o ápice da contração e persistem após o relaxamento do útero.

No caso de qualquer alteração da FCF, de algum indício de sofrimento fetal agudo e também nos casos de distúrbios da progressão do parto, devemos realizar a monitoração eletrônica da FCF pela

cardiotocografia contínua ou intermitente e, se necessário, por outros métodos complementares de rastreamento do sofrimento fetal agudo como a mensuração do pH fetal e a oximetria fetal (ver Gravidez de Alto Risco - Medicina Fetal, e Sofrimento Fetal Agudo).

INTERVENÇÕES ESPECÍFICAS

A identificação de fatores de risco, complicações e/ou circunstâncias que demandem intervenções específicas constitui um objetivo da assistência que está presente em todos os momentos do parto. Na admissão, ao longo do período de dilatação e, principalmente, no período expulsivo e no secundamento, diversos procedimentos têm sido propostos, mas nem todos tiveram a comprovação da sua utilidade.

Se por um lado é importante estar atento ao excesso de medicalização do parto, por outro é importante não privar a mulher e o conceito de cuidados que se fizerem necessários.

Procedimentos na admissão e no pré-parto

- Estimular a parturiente a tomar banho geral e fornecer-lhe roupas limpas e confortáveis.
- O ambiente do pré-parto, idealmente, deve ser refrigerado; permitir a deambulação, repouso no leito e em poltronas; permitir a presença de acompanhante e possibilitar, em especial nos casos de baixo risco, sua presença no período expulsivo. Quando a parturiente optar pelo repouso no leito, deve-se recomendar o decúbito lateral e evitar o decúbito dorsal que pode causar redução do retorno venoso conseqüente à compressão da veia cava pelo útero (hipotensão supina).
- As condições clínicas gerais devem ser avaliadas na admissão e os sinais vitais verificados freqüentemente (a cada 2 horas). Deve-se aferir e registrar as freqüências cardíaca e respiratória, pressão arterial, temperatura corporal, perdas vaginais assim como qualquer outra queixa ou sintoma.
- O exame pélvico (toque vaginal) deve ser feito a cada duas horas, podendo ser mais freqüente após a dilatação de 7/8 cm.

- A ausculta dos BCFs deve ser feita a cada 30 min, antes durante e após as contrações.

- Não há indicação para a tricotomia do monte de Vênus que, embora ainda muito praticada, parece ser desnecessária ou mesmo prejudicial pelo maior risco de infecções cutâneas.

- A enteróclise aumenta o risco de contaminação materna e do recém-nascido e não deve ser praticada rotineiramente.

- A dieta deve ser restrita a alimentos líquidos e claros, oferecidos cerca de 150 ml a cada duas horas. Deve-se estar sempre atento ao risco aumentado de broncoaspiração devido ao retardo de esvaziamento gástrico e aumento do refluxo gastroesofágico.

- A instalação de acesso venoso deve ser restrita aos casos que demandem hidratação parenteral ou administração de medicação intravenosa. Deve ser considerada como procedimento de exceção.

- A administração de ocitocina no pré-parto deve ser restrita aos casos em que há necessidade correção da contratilidade uterina, como por exemplo nas hipossistolias. Deve ser administrada em doses iniciais de 1 a 2 um/min e aumentada progressivamente até o máximo de 8 a 16 mU/min. A paciente submetida a administração contínua de ocitocina deve ser objeto de constante vigilância médica. A maioria das parturientes não necessita de ocitócicos durante o pré-parto.

- A rotura artificial das membranas (amniotomia) deve ser procedimento de exceção no pré-parto, sendo a sua indicação praticamente restrita aos raros casos em que é necessária a monitoração interna. Não se justifica a amniotomia nas parturientes de baixo risco. O maior risco de infecção suplanta o discutível benefício da pequena redução na duração do parto.

Procedimentos no período expulsivo

Durante o período expulsivo o obstetra deve continuar atento ao bem estar materno e fetal. Evoluindo naturalmente, na grande maioria dos casos, a expulsão se daria sem qualquer intervenção. Isto faz com que o obstetra deva estar seguro de que qualquer procedimento adotado deverá trazer benefícios para a mãe e/ou para o concepto.

Ao longo da segunda metade do século passado, diversos procedimentos tradicionalmente adotados na assistência ao parto têm sido revistos e questionados fazendo com que a orientação sobre a melhor maneira de assistir a parturiente no século XXI ainda seja objeto de discussão.

Um dos aspectos clínicos mais importantes na assistência à expulsão é a noção de que a duração média do período expulsivo é de 20 minutos para a multipara e 40 a 50 minutos para a primípara. É importante salientar que este é o tempo médio e não o tempo máximo. O período expulsivo só deve ser considerado como prolongado nos casos em que sua duração ultrapasse 2 horas. Diversos trabalhos indicam que a duração da expulsão pode ser maior que a média sem que haja prejuízo para mãe e/ou para o concepto.

Desde que sejam observados os objetivos gerais da assistência à parturiente - avaliar e preservar o bem estar materno e fetal - na maioria das vezes não serão justificados procedimentos para abreviar o período expulsivo.

Por outro lado, tão ou mais importante quanto não adotar medidas desnecessárias, é deixar de adotar os procedimentos necessários e por vezes indispensáveis para garantir a saúde e, em casos excepcionais, a vida da mãe e do feto.

O ambiente onde se dará o período expulsivo deve ser, sempre que possível, tranquilo e o mesmo onde a parturiente estava durante o pré-parto; daí estas salas serem denominadas sala de parto e pré-parto (SPP). Em países tropicais, a refrigeração ambiental é essencial para garantir o conforto da parturiente, do acompanhante e da equipe profissional. Durante a expulsão, entretanto, visando a saúde do recém-nascido, deve-se atentar para que a sala não esteja excessivamente fria, sendo adequada temperatura próxima de 25°C.

A posição da parturiente tem sido motivo de controvérsia. O Ministério da Saúde, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde, recomenda que tanto no primeiro quanto no segundo período, as mulheres devem adotar a posição que melhor lhes agrada, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal. A despeito da controvérsia sobre o tema parece existir o consenso de que a posição horizontal deve ser evitada por não facilitar os esforços expulsivos, por não favorecer a ação da gravidade para propulir o feto para baixo, por facilitando

tar a hipotensão supina e dificultar as trocas materno-fetais. Acreditamos que a posição clássica de litotomia em decúbito dorsal deve ser evitada, a favor de postura semi sentada que possibilite boa flexão das coxas sobre o abdome. Nos casos de baixo risco, dependendo do preparo da paciente, da experiência do obstetra e da disponibilidade de mesas de parto adequadas para este fim, a parturiente pode assumir posições mais verticalizadas ou de coresas.

Entretanto, ainda encontramos na literatura nacional, textos que consideram estas recomendações como anacronismo ou tentativa de imitar as sociedades primitivas, estatuindo que, durante o período expulsivo, a parturiente deverá ser colocada em decúbito dorsal, com flexão máxima das coxas sobre o abdome e abdução dos joelhos, adotando assim a denominada “posição de parir” ou Postura de Laborie-Duncan.

A proteção do períneo materno é um dos objetivos da assistência ao parto. No parto sem intervenções, a ocorrência de lacerações perineais é frequente, especialmente em primíparas¹. As lacerações de 1º grau podem não necessitar reparo. As de 2º grau devem ser reparadas, o que pode ser feito sob anestesia local e, de um modo geral, não apresentam complicações. As de 3º e 4º graus demandam cuidadoso reparo cirúrgico para prevenir-se complicações como fístulas ou incontinência fecal, raras complicações do parto. Dois procedimentos distintos têm sido empregados com vistas à proteção do períneo: o desprendimento lento ou controlado e a episiotomia.

As lacerações geralmente ocorrem no exato momento do desprendimento, pela rápida distensão dos tecidos. Para evitar esta distensão rápida podemos recorrer à dissociação das forças expulsivas, solicitando que a parturiente, imediatamente antes do desprendimento, ative a prensa abdominal fora das contrações ou libere o ar dos pulmões no ápice da contração. Estas manobras podem levar ao desprendimento mais lento.

Outro recurso é o controle do desprendimento através da Manobra de Ritgen Modificada, pela qual os dedos de uma das mãos apoiam o períneo enquanto a outra faz leve pressão sobre a cabeça para controlar a velocidade da expulsão com a finalidade de evitar ou reduzir o trauma perineal (Figura 8).



Figura 8. Manobra de Ritgen modificada.

A episiotomia é o procedimento cirúrgico que consiste na incisão do períneo posterior interessando à pele, mucosa do vestíbulo e da vagina e musculatura perineal superficial (músculo bulbocavernoso² e transverso superficial do períneo). A incisão deve ser feita a bisturi, no intervalo das contrações. O tipo de episiotomia mais empregado é a médio lateral (Figura 9B) devendo a incisão ser feita a partir da fúrcula vaginal, a 45° da linha média. A episiotomia, tradicionalmente realizada para o lado direito, também pode ser realizada para o lado esquerdo em função do hábito do operador e pelo fato de ser ou não destro.

Outro tipo de episiotomia é a mediana, também realizada a partir da fúrcula vaginal, porém na direção do ânus. Este tipo de episiotomia é mais fácil de ser realizado e mais fácil de ser reparado. Apresenta ainda como vantagens a menor perda sangüínea e uma recuperação pós-operatória melhor, com menor incidência de dor perineal, dispareunia, hematomas e infecções. Entretanto são mais comuns as lacerações de 3º e 4º graus e por isso devem ser restritas a casos não complicados, com fetos de tamanho normal e a pacientes que apresentem como característica anatômica distância da fúrcula ao ânus maior que 4 cm.

Atualmente, a episiotomia tem sido questionada como procedimento rotineiro, a ser efetuado em todos os partos. A recomendação da OMS e do Mi-

¹ Laceração do 1º grau – pele e mucosa; 2º grau – musculatura perineal; 3º grau – esfíncter anal; 4º grau – reto.

² Também denominado bulbo-enponjoso.



Figura 9. Sequência de alguns eventos na assistência ao período expulsivo do parto. A – A apresentação atingiu a musculatura perineal superficial. B – Efetuada a incisão da episiotomia na pele. Observa-se o tecido celular subcutâneo. Esta incisão será prolongada para a mucosa vaginal e musculatura superficial com tesoura. C – Auxílio ao desprendimento do ombro posterior. D – A expulsão do tronco fetal. E – A expulsão se completou. F – A ligadura do cordão umbilical deve ser feita a aproximadamente 8 cm de sua inserção fetal. G – O recém-nascido em bom estado geral é colocado logo em contato com a mama materna. H – Auxílio à deiquitação com a manobra de Jacob-Dublin.

nistério da Saúde é que o emprego da episiotomia não deve ser rotineiro. Seu uso deve ser restrito aos casos com indicação. Consideramos como algumas indicações da episiotomia:

- prematuridade;
- história de laceração de 3º grau em parto anterior;
- períneo pouco distensível com a musculatura muito tensa;
- exaustão materna;
- apresentação pélvica;
- sofrimento fetal agudo;
- persistência de variedades de posição posteriores e desprendimento em OS;
- necessidades de operações transpélvi-cas (manobras manuais, aplicação de fórcepe, distócia de espáduas etc.).

A episiotomia deve ser precedida pela anestesia locoregional do períneo que consiste na infiltração do local da incisão com 10 ml de lidocaína 1% com vasoconstritor, associada com o bloqueio bilateral, troncular do pudendo, descrito anteriormente.

Após o desprendimento, a episiotomia deve ser cuidadosamente reparada, procedimento denominado episiorrafia. A síntese dos planos deve garantir, o mais possível, a integridade anatômica e funcional do períneo.

Manobras extrativas com vistas a abreviar o período expulsivo devem ser consideradas como procedimentos de exceção, devendo ser restritas aos casos especiais e evitadas nos partos de evolução normal ou eutócica (a maioria dos partos).

Entretanto, como apresentado no capítulo operatória obstétrica, o conhecimento das diversas manobras extrativas constitui capacitação essencial para o obstetra resolver distócias que podem por em risco a vida do concepto.

Um procedimento freqüentemente empregado no nosso meio é a pressão do fundo uterino com vistas a facilitar a expulsão – Manobra de Kristeller. Esta manobra provoca grande desconforto materno sendo potencialmente perigosa para o útero, para o períneo e para o feto. Melhor seria não empregar esta manobra, dando preferência à aplicação do fórcepe baixo.

O período expulsivo é fase de mudanças no comportamento da parturiente que se torna mais vulnerável e dependente de quem a assiste. É também período de aumento dos riscos fetais – a compressão do polo cefálico na passagem pelo canal do parto, associada à diminuição da circulação uteroplacentária, pelas contrações uterinas, favorece a hipóxia e a acidose fetais. Deve-se, portanto, ser muito cuidadoso na monitoração do bem estar fetal. A ausculta dos BCFs deve ser feita a cada 5 minutos ou a cada duas contrações. O diagnóstico do sofrimento fetal agudo constitui uma das principais indicações da interrupção do parto por meio da operação cesariana ou de manobras extrativas.

Após o desprendimento da cabeça, na ausência de distócia de espáduas (ver operatória obstétrica), o desprendimento do restante do concepto ocorrerá espontaneamente sem qualquer interferência. Entretanto, neste momento geralmente o obstetra intervém, sendo recomendado logo após a expulsão da cabeça, proceder-se à aspiração das vias aéreas superiores com cateter de pressão negativa ou pêra de borracha. A rotação externa da cabeça, na maioria das vezes, se dará espontaneamente para o lado onde estava o dorso (restituição). Em raros casos a rotação externa se dará espontaneamente para o lado contrário do dorso. Daí ser importante que qualquer intervenção do obstetra para facilitar a rotação externa deva ser extremamente cuidadosa, respeitando o mecanismo normal do parto.

Passo seguinte seria o abaixamento da cabeça para facilitar o desprendimento do ombro anterior, manobra esta que, se utilizada, deve ser feita com delicadeza, sendo inaceitável a prática de trações intensas e desnecessárias que podem traumatizar o feto e distender o plexo braquial. Estas manobras podem causar tocotraumatismos como a paralisa braquial de Duchenne (ou de Erb).

Levantando-se o concepto ocorrerá, sem dificuldades, o desprendimento do ombro posterior (Figura 10). O restante do corpo se desprende facilmente.

O recém-nascido deve ser mantido na altura do corpo materno por cerca de 2 a 3 minutos o até o cordão parar de pulsar, quando então deve ser feita a ligadura. Este cuidado proporciona a passagem de cerca de 80 ml de sangue para a circulação fetal.

A ligadura deve ser feita a cerca de 8 cm de distância da inserção do cordão no abdome (Figura 9F), o que evitaria trauma das alças intestinais na

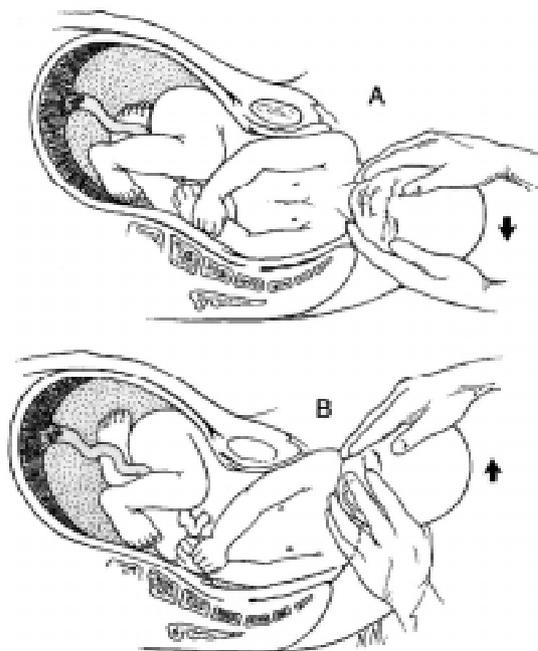


Figura 10. Auxílio ao desprendimento. Liberação do ombro anterior (A) e posterior (B).

eventualidade de herniação (onfalocele). O RN normal, em boas condições, pode ser imediatamente colocado em contato com as mamas maternas, idealmente sob a supervisão do neonatologista.

Procedimentos no secundamento

Durante o terceiro período, antes mesmo de se ocupar com o descolamento da placenta, o obs-

tetra deve avaliar se houve alguma laceração do trajeto e se a perda sangüínea é normal.

O secundamento em geral ocorre espontaneamente e dura de 10 a 30 minutos. Estando a parturiente deitada no leito ou na mesa de parto, geralmente é necessária a intervenção do obstetra para retirar a placenta da cavidade vaginal. Pode-se realizar a torção axial da placenta visando a retirada integral das membranas ovulares - Manobra de Jacob-Dublin (Figura 9H). Nunca é demais enfatizar que não se deve tracionar o cordão umbilical enquanto não se tiver certeza que já ocorreu o descolamento da placenta. A tração no cordão pode causar o quadro de inversão uterina, grave complicação iatrogênica do parto (ver Hemorragias da Gravidez-patologia do Secundamento). Quando há dúvidas quanto ao descolamento ou não da placenta ou então nos casos de demora na dequitação pode-se realizar a elevação do corpo uterino seguida de compressão do útero contra a coluna enquanto o cordão é seguro pelo obstetra, sem tracionar. Esta manobra visa diagnosticar o descolamento da placenta que é expelida do útero para a cavidade vaginal. É conhecida como manobra de Brandt. Variante desta manobra é a de Harvey em que o útero, também artificialmente elevado, é comprimido entre o polegar e os demais dedos da mão do operador. Estas manobras não visam promover o descolamento da placenta e em ambas já deve ter ocorrido o descolamento da placenta. A manobra de Credé consiste na expressão uterina ainda com a placenta aderida e por este motivo não deve ser empregada. O único procedimento que recomendamos para a extração da placenta ainda aderida à decídua é a extração manual da placenta (ver apostila Hemorragias da Gravidez - patologia do Secundamento).