

Recomendações da OMS na atenção ao parto normal

Referência - WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC - SA 3.0 IGO.

Traduzido por Míriam Rêgo de Castro – Enfermeira Obstetra – Equipe Bom Parto

Cuidados gerais na atenção ao parto

Recomendação 01 - Cuidados de maternidade respeitosos - que se referem a cuidados organizados e oferecidos a todas as mulheres de modo que mantenha sua dignidade, privacidade e confidencialidade - garante a ausência de danos e maus tratos e possibilita a escolha informada e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto - recomendado.

Recomendação 02 - Comunicação efetiva entre prestadores de cuidados de maternidade e mulheres em trabalho de parto, utilizando métodos adequados para cada cultura – recomendado.

Recomendação 03 - Um companheiro de escolha é recomendado para todas as mulheres ao longo do trabalho de parto e do parto.- recomendado.

Recomendação 04 - Modelos de continuidade do cuidado da parteira - em que uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas apoia uma mulher ao longo do pré-natal, durante o trabalho de parto e o pós-parto, são recomendados para mulheres grávidas em locais com programas de obstetrícia que funcionam bem. Esta recomendação foi integrada das recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva de gravidez - Contexto específico de recomendação (requer adequação do modelo de assistência e dos recursos humanos disponíveis)

Cuidados no primeiro estágio do parto

Recomendação 05 - Recomenda-se o uso das seguintes definições dos primeiros estágios latente e ativo do trabalho de parto:

- Primeiro estágio latente é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação até 05 cm para trabalho de parto de nulíparas ou múltiparas.

- Primeiro estágio ativo é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação mais rápida de 05 cm até dilatação completa para trabalhos iniciais e subseqüentes.

Recomendação 06 - As mulheres devem ser informadas de que não foi estabelecida uma duração padrão para o primeiro estágio latente e pode variar muito de uma mulher para outra. No entanto, a duração do primeiro estágio ativo (a partir de 5 cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas nas nulíparas, e geralmente não ultrapassa 10 horas nas múltiparas - recomendado

Recomendação 07 - Para as mulheres grávidas com início do trabalho espontâneo, o limiar da taxa de dilatação cervical de 01 cm / hora durante o primeiro estágio ativo (conforme descrito na linha de alerta do partograma) é impreciso para identificar

mulheres em risco de resultados adversos de parto e, portanto, não é recomendada para esse fim – não recomendado

Recomendação 08 - Uma taxa mínima de dilatação cervical de 01 cm / hora ao longo do primeiro estágio de trabalho ativo é extremamente rápida para algumas mulheres e, portanto, não é recomendado para identificação da progressão laboral normal. Uma taxa de dilatação cervical mais lenta que 01 cm/ hora por si só não deve ser uma indicação para intervenção obstétrica – não recomendado.

Recomendação 09 – Não se deve esperar que o trabalho de parto acelere naturalmente antes que a dilatação cervical de 05 cm seja atingida. Assim sendo, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho de parto (como o uso de ocitocina sintética ou a cesárea) antes desse limiar, não é recomendado, desde que as condições fetais e maternas sejam seguras – não recomendado.

Recomendação 10 - Para mulheres grávidas saudáveis que se apresentam em trabalho espontâneo, uma política de atraso na admissão na enfermaria de trabalho de parto até a fase ativa é recomendada apenas no contexto de pesquisas. (Os estudos atuais que recomendam admissão apenas na fase ativa foram realizados considerando o limite de 04 cm de dilatação para fase ativa e não 05 cm de dilatação, como esta diretriz. Os profissionais devem atender as necessidades e preferências da mulher e avaliar o bem estar materno e fetal) – recomendação em contexto de pesquisa.

Recomendação 11 – Pelvimetria clínica de rotina - avaliação da adequação da forma e tamanho da pélvis materna através do exame pélvico - na admissão em trabalho de parto de gestantes saudáveis não é recomendada. . As mulheres devem ser avaliadas quanto à progressão do parto por meio do exame cervical, estado das membranas amnióticas e altura da apresentação fetal. Não há evidências suficientes para recomendar a pelvimetria, ou avaliação da pelve – não recomendado.

Recomendação 12 - A cardiocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis que se apresentam em trabalho de parto espontâneo – não recomendado.

Recomendação 13 - Ausculta utilizando um aparelho de ultra-som doppler ou um estetoscópio fetal Pinard é recomendada para avaliação do bem-estar fetal na admissão de gestantes saudáveis em trabalho de parto – recomendado.

Recomendação 14 – A tricotomia ou depilação da região púbica e perineal antes do parto vaginal não é recomendada. Em situações em que uma mulher escolhe depilar antes do nascimento, ela deve ser aconselhada a fazer em qualquer lugar e por quem ela se sinta confortável - não recomendado.

Recomendação 15 - A administração de um enema para acelerar o trabalho de parto não é recomendada. As evidências científicas não demonstram que o uso rotineiro de enema reduz a duração do trabalho de parto e conferem quaisquer outros benefícios clínicos. É considerado invasivo e associado a desconforto para as mulheres - não recomendado.

Recomendação 16 - O exame vaginal digital de rotina em intervalos de quatro horas é recomendado para avaliação da evolução do trabalho de parto em mulheres de baixo risco. Prioridade deve ser dada para restringir a frequência e o número total de exames vaginais. Isto é particularmente importante em situações em que há outros fatores de risco para infecção (por exemplo, rotura de membranas amnióticas e longa

duração do trabalho de parto). Exames vaginais da mesma mulher por múltiplos cuidadores também deve ser evitado – recomendado.

Recomendação 17 - Cardiotocografia contínua não é recomendada para avaliação do bem-estar fetal em mulheres grávidas em trabalho de parto espontâneo – não recomendado.

Recomendação 18 – A ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal com um aparelho de ultra-som doppler ou com um estetoscópio fetal de Pinard é recomendada para mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto. Ressalta-se que a ausculta fetal intermitente durante o trabalho de parto é essencial para o cuidado intraparto. Deve ser realizada por no mínimo 01 minuto e a cada 15 a 30 minutos durante a fase ativa do trabalho de parto (1º estágio) e a cada 5 minutos durante a fase expulsiva (2º estágio). Diante de alguma anormalidade, deve-se realizar ausculta prolongada, ou seja, durante a contração e 30 segundos após a contração, por 03 contrações consecutivas – recomendado.

Recomendação 19 - A analgesia epidural é recomendada para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências. A dose deve ser administrada com vistas a evitar complicações e preservar o máximo a função motora – recomendado.

Recomendação 20 - Opióides parenterais, como fentanil, diamorfina e petidina, são opções recomendadas para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências, apesar de alguns efeitos colaterais indesejáveis, como sonolência, náusea, vômito na mãe e depressão respiratória no neonato - recomendado.

Recomendação 21 - Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção plena e outras técnicas, são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências – recomendado.

Recomendação 22 - Técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes, são recomendadas para mulheres grávidas que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, em acordo com suas preferências – recomendado.

Observações referentes às recomendações 19 a 22 - O contexto do cuidado, o tipo de cuidado prestado e o prestador de cuidado pode ter um forte efeito sobre a necessidade de alívio da dor no parto, e sobre as escolhas que as mulheres fazem em relação a essa necessidade. Os profissionais devem comunicar às mulheres as opções disponíveis para alívio da dor e discutir as vantagens e desvantagens dessas opções como parte dos cuidados pré-natais.

Recomendação 23 - O alívio da dor para prevenir evolução lenta e reduzir o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto não é recomendado. Não há evidências claras que sugiram que qualquer forma de alívio da dor esteja associada com redução na duração do trabalho - não recomendado.

Recomendação 24 - Para mulheres de baixo risco, a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto é recomendada – recomendado.

Recomendação 25 – Para mulheres de baixo risco, a livre movimentação e uma postura ereta durante o trabalho de parto é recomendada. Os profissionais devem

apoiar as escolhas das mulheres sobre qual posição adotar durante o primeiro estágio do trabalho de parto – recomendado.

Recomendação 26 - A limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas não é recomendada. Esta não recomendação baseou-se na falta de benefícios clínicos para o recém-nascido – não recomendado.

Recomendação 27 – O manejo ativo do trabalho de parto (cuidado contínuo de um para um, ocitocina sintética e amniotomia precoce – rotura artificial das membranas amnióticas) não é recomendado para prevenção do trabalho de parto prolongado. O cuidado contínuo de um para um é o único componente do manejo ativo que demonstrou ser benéfico e é provavelmente o componente responsável pelos benefícios atribuídos a este manejo – não recomendado.

Recomendação 28 - Amniotomia precoce isoladamente para prevenção de trabalho de parto prolongado não é recomendado. Não há evidências claras de que os benefícios potenciais superam os danos potenciais - não recomendado.

Recomendação 29 - Amniotomia precoce associada ao uso de ocitocina sintética para prevenção de trabalho de parto prolongado não é recomendado. A redução variável na duração do primeiro estágio do trabalho de parto não justifica essa intervenção - não recomendado.

Recomendação 30 - O uso de ocitocina sintética para prevenir trabalho de parto prolongado em mulheres que recebem analgesia peridural não é recomendado. O uso de ocitocina sintética deve ser realizado quando indicado para tratamento do progresso lento ou trabalho de parto prolongado confirmado, em mulheres que receberam analgesia peridural - não recomendado.

Recomendação 31 - O uso de agentes antiespasmódicos para prevenção do trabalho de parto prolongado não é recomendado - não recomendado.

Recomendação 32 - O uso de fluidos intravenosos de forma rotineira com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto não é recomendado. Mulheres de baixo risco devem ser incentivadas a ingerir líquidos durante o trabalho de parto – não recomendado.

Cuidados no segundo estágio do parto

Recomendação 33 – Recomenda-se o uso da seguinte definição para o segundo estágio do parto: período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de empurrar, como resultado das contrações uterinas de expulsão – recomendado.

- As mulheres devem ser informadas de que a duração do segundo estágio varia de uma mulher para outra. Entre as primíparas, o parto é geralmente concluído dentro de 03 horas, enquanto nas múltiparas, o parto geralmente é concluído em 02 horas – recomendado.

Observações referentes à recomendação 33: o início do segundo estágio do trabalho de parto na prática clínica muitas vezes não é precisamente conhecido. Uma mulher pode sentir o desejo de empurrar antes de completar a dilatação ou ela pode ainda não sentir esse desejo no momento em que a dilatação completa é diagnosticada. Se a dilatação completa é encontrada no exame vaginal, permanece incerto por quanto tempo este estado cervical esteve presente. Quando a condição da mulher é satisfatória, o feto está em boas condições, e há evidências de progresso na

descida da cabeça fetal, não há motivos para intervenção. No entanto, quando o segundo estágio se estende para além da duração mencionada nesta recomendação, a chance de nascimento espontâneo dentro de um tempo razoável diminui, e a intervenção para agilizar o parto deve ser considerada.

Recomendação 34 - Para mulheres sem analgesia epidural, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais – recomendado.

Recomendação 35 - Para mulheres com analgesia epidural, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais. A maioria das analgesias epidurais oferecidas atualmente são de “baixa dose” e permitem a livre escolha de posições no parto.

Observações referentes à recomendações 34 e 35 - O profissional de saúde deve garantir que o bem-estar do bebê seja adequadamente monitorado na posição escolhida pela mulher. Se uma mudança de posição for necessária para garantir a monitoração fetal adequada, isso deve ser efetivamente comunicado à mulher. É importante que qualquer posição em particular não seja imposta à mulher e que ela seja encorajada e apoiada para adotar a posição que ela achar mais confortável. As posições semi-reclinada e de ‘quatro apoios” facilitam a realização de técnicas de proteção perineal para evitar lacerações e contribuem para reduzir a perda sanguínea.

Recomendação 36 – Recomenda-se que as mulheres sejam incentivadas e apoiadas a seguir seu próprio desejo de empurrar durante o segundo estágio do parto. Evidências qualitativas sobre o que é importante para as mulheres durante o parto mostram que as mulheres querem sentir-se no controle de seu processo de nascimento, com o apoio de uma equipe gentil e tranquilizadora, sensível às suas necessidades. Os prestadores de cuidados de saúde devem evitar impor puxos direcionados às mulheres no segundo estágio do parto, pois não há evidência de qualquer benefício com esta técnica – recomendado.

Recomendação 37 - Para as mulheres com analgesia epidural no segundo estágio do parto, os puxos podem iniciar até 02 horas após a dilatação completa ou até que a mulher recupere o desejo sensorial de empurrar. Os profissionais de saúde devem evitar a imposição imediata de puxos às mulheres no segundo estágio do parto, pois não há evidência de qualquer benefício com estímulo imediato e a prática pode levar a mais intervenção médica – recomendado no contexto onde os recursos estão disponíveis para tempos mais longos do segundo estágio e a hipóxia perinatal pode ser adequadamente avaliada e gerenciada - recomendação específica do contexto.

Recomendação 38 - Técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, incluindo massagem perineal, compressas mornas perineais e proteção de mãos no períneo são recomendadas, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis. Evidências sugerem que a massagem perineal pode aumentar a chance de manter o períneo íntegro e reduzir lacerações perineais graves, que as compressas mornas reduzem as lacerações de quarto grau, e que a proteção com as mãos provavelmente reduz lacerações de primeiro grau. A maioria das mulheres aceita essas técnicas preventivas perineais de baixo custo e valoriza seus resultados benéficos – recomendado.

Recomendação 39 - O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres que evoluem para parto vaginal espontâneo. Não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia nos cuidados de rotina, e uma taxa “aceitável” de episiotomia é difícil de determinar. O papel da episiotomia em emergências obstétricas, como asfixia fetal que requer o parto vaginal instrumental, continua a ser estabelecido. Se uma episiotomia for realizada, a anestesia local efetiva e o consentimento informado da mulher são essenciais. A técnica preferida é uma incisão médio-lateral, com técnica contínua de sutura - não recomendado.

Recomendação 40 - A aplicação de pressão manual no fundo do útero para facilitar o parto durante o segundo estágio não é recomendado. Há preocupações com os danos potenciais à mãe e ao bebê que esse procedimento pode causar - não recomendado.

Observação referente à recomendação 40 - Estudo denominado Gentle Assisted Pushing (GAP) poderá ajudar a fornecer evidências importantes sobre os efeitos da aplicação de pressão do fundo de acordo com um protocolo específico

Recomendação 41 - O uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) durante o terceiro estágio é recomendado em todos os partos – recomendado.

Recomendação 42 - A ocitocina (10 UI - IM ou IV) é a droga uterotônica recomendada para a prevenção da HPP – recomendado

Recomendação 43 - Em locais onde a ocitocina não está disponível, o uso de outros uterotônicos injetáveis (ergometrina / metilergometrina, ou a combinação de ocitocina e ergometrina) ou o misoprostol oral (600 µg) é recomendado - recomendado.

Observações referentes à recomendação 43 – O uso de ergometrina / metilergometrina (derivados do ergot) é contra-indicado em mulheres com distúrbios hipertensivos. A eficácia de diferentes doses de misoprostol para prevenção da HPP não foi avaliada suficientemente.

Recomendação 44 - Recomenda-se retardar o clampamento do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) para melhores resultados na saúde e nutrição materna e infantil. O clampamento tardio é recomendado mesmo entre as mulheres vivendo com HIV ou mulheres com status de HIV desconhecido – recomendado.

Recomendação 45 - Em locais onde há assistentes especializados em parto, a tração controlada do cordão (TCC) é recomendada para partos vaginais se o prestador de cuidados e a parturiente considerarem uma pequena redução na perda de sangue e uma pequena redução na duração da terceira fase do trabalho de parto como importante. O prestador de cuidados deve discutir essa decisão com a mulher, associada ao uso de uma droga uterotônica profilática. Se a droga uterotônica utilizada for ergometrina/metilergometrina, a TCC é essencial para evitar a retenção placentária – recomendado.

Recomendação 46 - A massagem uterina sustentada não é recomendada como uma intervenção para prevenir a HPP em mulheres que receberam ocitocina profilática. Há uma falta de evidências sobre o papel da massagem uterina na prevenção da HPP quando drogas uterotônicas não são utilizadas, ou se uma droga uterotônica diferente da ocitocina é utilizada. Já a avaliação do tônus uterino continua a ser uma parte

crucial dos cuidados imediatos pós-parto, particularmente, para a otimização do diagnóstico precoce da HPP.

Observações referente às recomendações 41 a 46 - A compreensão sobre a contribuição de cada componente do manejo ativo do terceiro estágio do parto, segundo as evidências científicas recentes aponta que: a intervenção primária é o uso de um uterotônico. No contexto do uso de ocitocina, a TCC pode adicionar um pequeno benefício, enquanto a massagem uterina parece não acrescentar benefício para a prevenção da HPP. O clameamento precoce de cordão não é indicado.

Cuidados com o recém-nascido

Recomendação 47 – Não se deve aspirar boca e nariz de neonatos que tem líquido amniótico claro e que começam a respirar espontaneamente após o nascimento - não recomendado.

Recomendação 48 – Recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães, durante a primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e promover a amamentação – recomendado.

Recomendação 49 - Todos os recém-nascidos, incluindo bebês com baixo peso ao nascer (BPN) que são capazes de amamentar, devem ser colocados no peito o mais rápido possível após o nascimento, quando estão clinicamente estáveis e a mãe e o bebê estão prontos – recomendado.

Recomendação 50 - Todos os recém-nascidos devem receber 01 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento (ou seja, após a primeira hora em que o bebê deve estar em contato pele a pele). O contato com a mãe e a amamentação devem ser iniciados o mais breve possível - recomendado

Recomendação 51 - O banho do recém-nascido deve ser retardado até 24 horas após o nascimento. Se isto não for possível devido a razões culturais, o banho deve ser atrasado por pelo menos seis horas. Roupas apropriadas para a temperatura ambiente são recomendadas. Isso significa de uma a duas camadas de roupas no bebê a mais do que os adultos, e o uso de chapéus / bonés. A mãe e o bebê não devem ficar separados e devem permanecer no mesmo quarto 24 horas por dia - recomendado

Recomendação 52 - A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para identificação precoce da atonia uterina é recomendado para todas as mulheres – recomendado.

Recomendado 53 - A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com parto vaginal não complicado – não recomendado.

Recomendação 54 - A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com episiotomia. Antibióticos só devem ser administrados quando houver sinais clínicos de infecção de uma episiorrafia. Em uma situação de lesão perineal de terceiro ou quarto grau, os antibióticos profiláticos devem ser administrados conforme recomendação específica – não recomendado.

Recomendação 55 - pós-parto - Todas as puérperas devem ter avaliação regular do sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo do útero, temperatura e frequência cardíaca (pulso) rotineiramente durante as primeiras 24 horas a partir da primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o

nascimento. E se normal, a segunda aferição da pressão arterial deve ser feita dentro de seis horas. A presença de micção deve ser documentada dentro de seis horas – recomendado.

Recomendação 56 - Após um parto vaginal descomplicado em uma Unidade de Saúde, mães e recém-nascidos saudáveis devem receber cuidados nas instalações por pelo menos 24 horas após o nascimento. Antes da alta, o sangramento da mãe deve estar controlado, a mãe e o bebê não devem ter sinais de infecção e o bebê deve estar amamentando bem - recomendado.