



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Melhores Práticas nos Cuidados durante o Trabalho de Parto e Parto

Melhores Práticas nos Cuidados Maternos e Neonatais

Jhpiego em parceria com a Save the Children, Constella Futures, A Academia para Desenvolvimento Educacional, O Instituto Superior Americano de Enfermeiras-Parteiras e IMA World Health

Objectivos da Sessão

- **Identificar as melhores práticas para a gestão do trabalho de parto e parto :**
 - Preparação para o parto/prontidão para complicações
 - Partograma
 - Gestão activa do terceiro estágio do trabalho de parto
 - Episiotomia restrita
- **Identificar práticas prejudiciais com o objectivo de eliminá-las da prática clínica**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Objectivos dos Cuidados durante o Trabalho de Parto e Parto

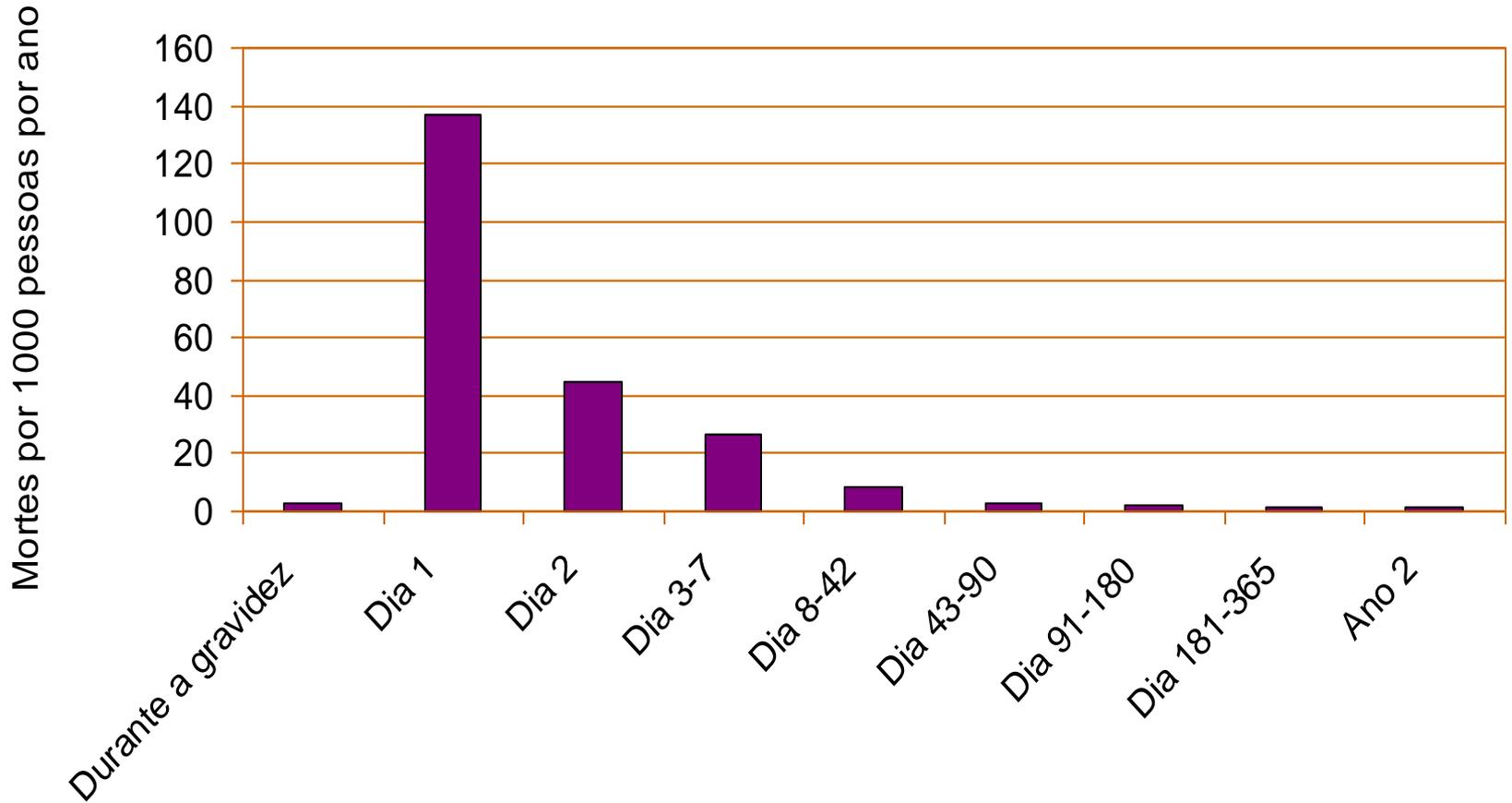
- Proteger a vida da mãe e do recém-nascido
- Apoiar o trabalho de parto normal, detectar e tratar atempadamente as complicações
- Apoiar e responder às necessidades da mulher, seu parceiro e família durante o trabalho de parto e parto

Pergunta ??

Em que altura ocorrem a maioria das mortes durante a gravidez e parto?



Quando é que a mulher está mais vulnerável? (Evidências provenientes de Matlab, Bangladesh)

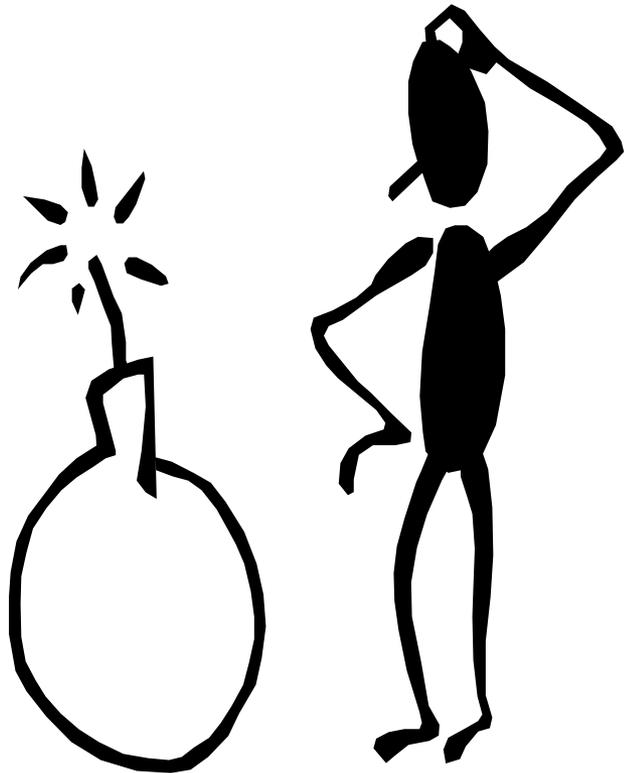


USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Porque precisamos estar preparados para o parto e complicações?



- Agir rapidamente é importante porque a mulher pode morrer num curto período de tempo:
 - Na hemorragia pré-parto, ela pode morrer em apenas 12 horas.
 - Na hemorragia pós-parto, ela pode morrer em apenas 2 horas.
 - Com as complicações da eclampsia, em apenas 12 horas, e
 - Com sepsia, em cerca de 3 dias!

Porque precisamos estar preparados para o parto e complicações? (cont.)

- O atraso é um factor significativo em muitas mortes e complicações (invalidez) maternas e neonatais:
 - Reconhecimento do problema
 - Decisão para procurar cuidados
 - Chegada e recepção de cuidados
- Preparação para o parto e prontidão para complicações para reduzir atrasos



Pergunta ??

Quais são os elementos que deveriam ser incluídos na preparação para o parto e prontidão para complicações?



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Preparação para o Parto e Prontidão para Complicações para a Mulher e Família

- Planificar o local para o parto
- Seleccionar o profissional
- Reconhecer os sinais de perigo
- Planear o manejo das complicações
- Poupar dinheiro ou aceder a fundos
- Providenciar transporte
- Identificar potenciais doadores de sangue

Preparação para o Parto e Prontidão para Complicações para o Profissional

- Diagnosticar e gerir problemas e complicações adequada e atempadamente
- Providenciar encaminhamento para um nível de cuidados mais elevado se necessário
- Fornecer aconselhamento centrado na mulher sobre a preparação para o parto e prontidão para gerir as complicações
- Educar a comunidade sobre a preparação para o parto e prontidão para gerir as complicações

Prontidão para Complicações para o Profissional

- Reconhecer e responder aos sinais de perigo
- Conhecer e estar capacitado para gerir complicações
- Possuir equipamento, fármacos e suprimentos de emergência em bom estado de funcionamento e prontos para utilização



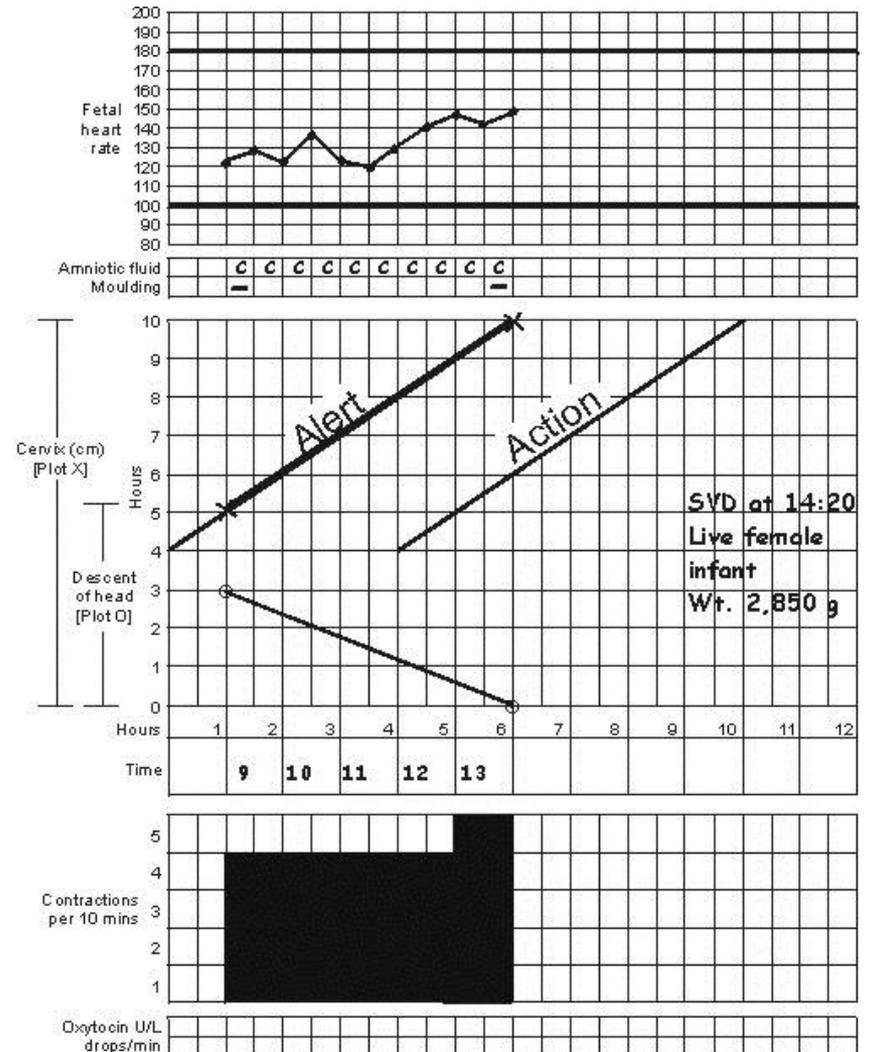
USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Partograma e Critérios para o Trabalho de Parto Activo

- Rotular com informação de identificação
- Notar BCF, cor do fluido amniótico, moldagem, padrão de contracções, medicações administradas
- Imprimir a dilatação cervical
- A linha de alerta começa aos 4 cm - posteriormente, esperar dilatação a um ritmo de 1 cm/hora
- Linha de acção: Se o trabalho de parto não progredir como acima, será necessário agir



Ensaio do Partograma da OMS

- **Objectivos:**
 - Avaliar o impacto do partograma da OMS sobre o manejo dos resultado e sobre a gestão do trabalho de parto
 - Elaborar e testar um protocolo para a gestão do trabalho de parto com o partograma
- **Desenho:** Ensaio multi-cêntrico que seleccionou aleatoriamente hospitais na Indonésia, Malásia e Tailândia
- **Nenhuma intervenção na fase lactente até depois de 8 horas**
- **Na linha de acção da fase activa, considerar:** aumento da oxitocina, cesariana, ou observação E tratamento empático



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Fonte: OMS 1994.

Partograma da OMS: Resultados do Estudo

Todas as Mulheres	Antes da Implementação	Depois da Implementação	<i>p</i>
Total de partos	18254	17230	
Trabalho de parto > 18 horas	6,4%	3,4%	0,002
Trabalho de parto prolongado	20,7%	9,1%	0,023
Sepsia pós-parto	0,70%	0,21%	0,028
Mulheres Normais			
Modo do parto			
Cefálico espontâneo	8428 (83,9%)	7869 (86,3%)	< 0,001
Fórceps	341 (3,4%)	227 (2,5%)	0.005



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

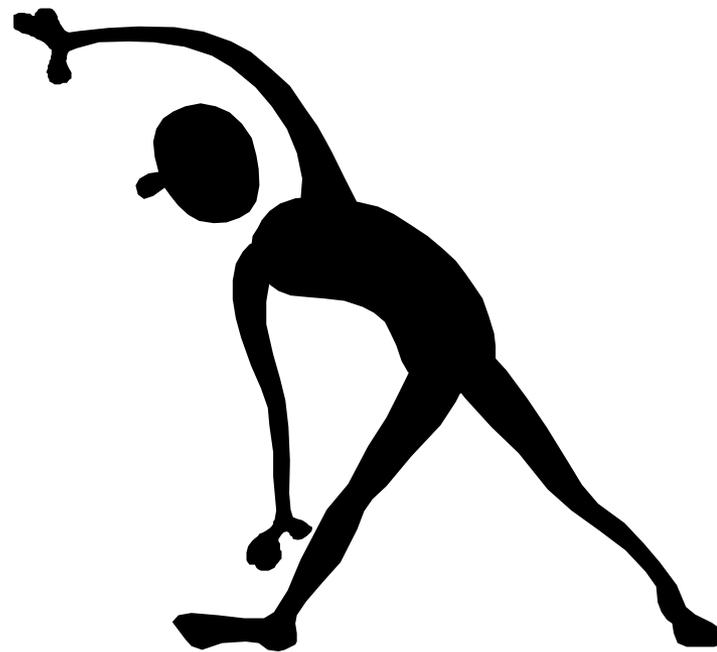
access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Fonte: OMS 1994.

Trabalho Individual

- Completar o(s) exercício(s) do partograma
- Rever com todo o grupo



Que acções poderão ser tomadas no caso de obstrução do trabalho de parto?

- **Cesariana**
- **Episiotomia**
- **Parto vaginal assistido:**
 - Usando o extractor a vácuo
 - Usando fórceps



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Uso Restrito da Episiotomia: Objectivos e Desenho

- **Objectivo:** Avaliar os possíveis benefícios, riscos e custos do uso da restrição da episiotomia vs. episiotomia regular
- **Desenho:** Meta-análise de seis ensaios de controlo aleatório

Carroli and Belizan 2000.

Uso Restrito da Episiotomia: Resultados Maternos Avaliados

- Trauma perineovaginal grave
- Necessidade de suturar
- Trauma posterior/anterior no períneo
- Dor no períneo
- Dispareunia
- Incontinência urinária
- Complicações na cura
- Infecção do períneo

Uso Restrito da Episiotomia: Resultados da Avaliação Cochrane

Morbidades Clinicamente Relevantes	Risco Relativo	95% CI
Trauma posterior no períneo	0,88	0,84–0,92
Necessidade de suturação	0,74	0,71–0,77
Complicações na cura pelos 7 dias	0,69	0,56–0,85
Trauma anterior no períneo	1,79	1,55–2,07

- Nenhum aumento na incidência dos principais resultados (ex., trauma ou dor perineovaginal grave, dispareunia ou incontinência urinária)
- Redução da incidência de lacerações de 3º grau (1,2% com episiotomia, 0,4% sem)
- Nenhum ensaio controlado sobre o parto controlado ou protecção do períneo para evitar traumas



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Fontes: Carroli and Belizan 2000; Eason et al. 2000; WHO 1999.

Uso Indicado da Episiotomia: Conclusões do Avaliador

- **Implicações para a prática:** Evidências claras para restringir o uso da episiotomia no trabalho de parto normal
- **Implicações para a investigação: Necessários ensaios adicionais para avaliar o uso da episiotomia no:**
 - Parto assistido (fórceps ou vácuo)
 - Parto prematuro
 - Parto de feto em posição invertida
 - Previsão de macrosomia
 - Previsão de lacerações iminentes (ameaça de laceração de 3º grau ou história de laceração de 3º grau com o parto anterior)

Parto Limpo

- **As infecções são responsáveis por 11% dos óbitos maternos**
- **Infecções/pneumonia são responsáveis por 26% de óbitos neonatais**
- **O tétano é responsável por 7% dos óbitos neonatais**
- **Estas mortes poderiam ser evitadas com práticas de prevenção de infecções**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Práticas de Prevenção de Infecções

- Usar materiais descartáveis uma vez e descontaminar os materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto
- Calçar luvas durante o exame vaginal, durante o parto e ao manusear a placenta
- Vestir roupas de protecção (calçado, avental, óculos)
- Lavar as mãos
- Lavar o períneo com água e sabão e mantê-lo limpo
- Garantir que a superfície na qual ocorre o parto seja mantida limpa
- Desinfectar a alto nível os instrumentos, gaze e instrumentos para cortar o cordão

Terceira Fase (terceiro estadio)

- **Altura da maior/mais rápida alteração fisiológica e maior risco de hemorragia**
- **O útero como músculo, deverá contrair para parar o sangramento**
- **A placenta deve separar-se da parede do útero e ser expelida**

Melhores Práticas: Terceiro Estadio do Trabalho de Parto

- **Oferecer gestão activa do terceiro estadio para TODAS as mulheres :**
 - Administração de oxitocina
 - Tracção controlada do cordão umbilical
 - Massagem uterina após a saída da placenta para manter o útero contraído
- **Exame regular da placenta e membranas**
- **Exame perineovaginal regular para detectar lacerações e lesões**

Fonte: WHO 1999.

Pergunta ??



Quão eficaz é a gestão activa do terceiro estadio do trabalho de parto para evitar a hemorragia pós-parto?



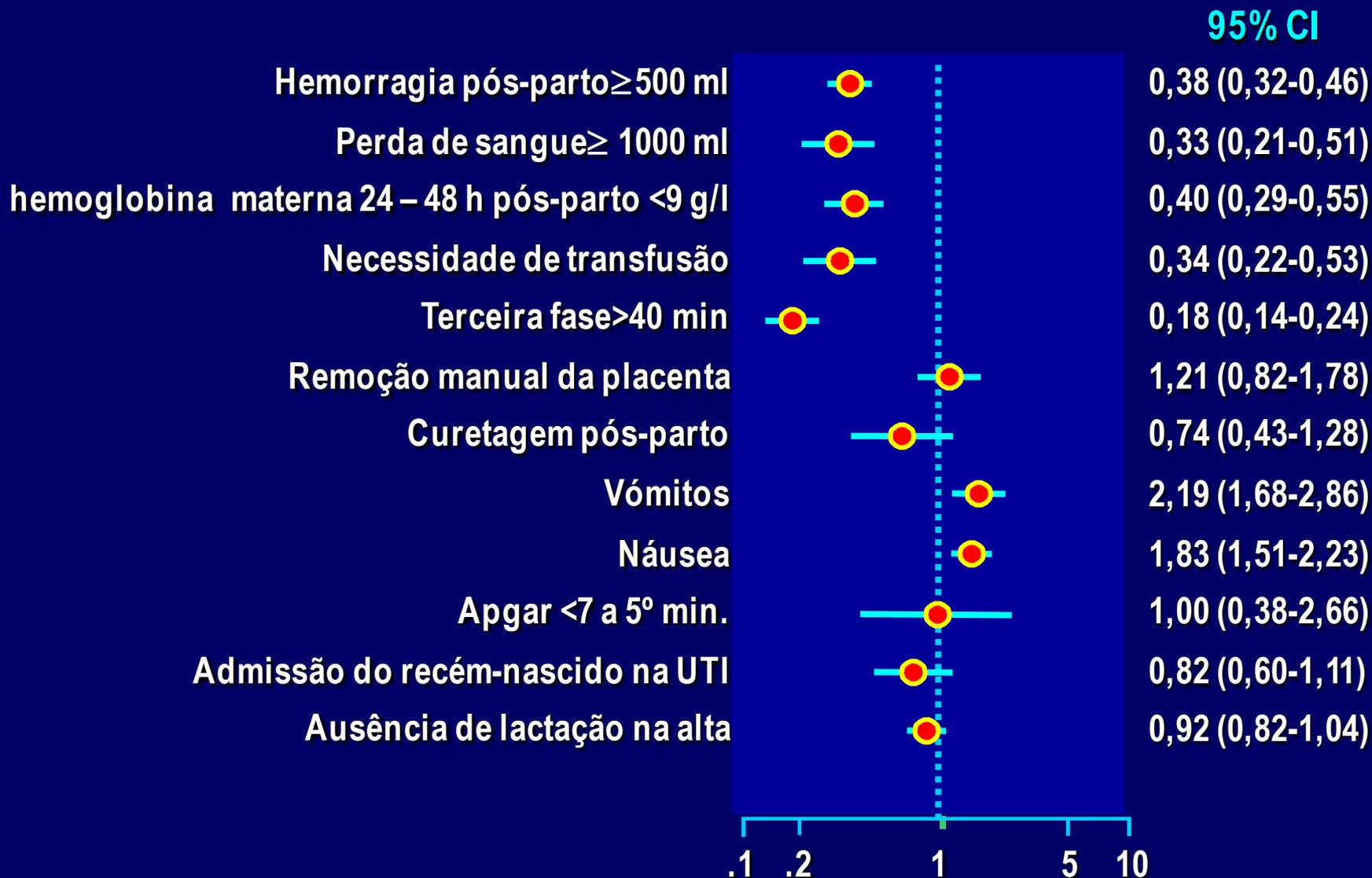
USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

GESTÃO ACTIVA vs. EXPECTANTE DA TERCEIRA FASE

6 estudos 4850 mulheres



Declaração Conjunta do ICM/FIGO sobre a Gestão Activa da Terceira fase do Trabalho de Parto (GATFT)

- Foi provado que a GATFT reduz a incidência da hemorragia pós-parto, reduz a quantidade de perda de sangue e reduz o uso da transfusão
- A GATFT deve ser oferecida a todas as mulheres que dêem a luz
- Cada assistente do parto precisa ter conhecimentos, competências e raciocínio crítico necessários para realizar a GATFT

Melhores Práticas: Trabalho de Parto e Parto

- Usar métodos não invasivos, não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto (massagem, técnicas de relaxamento, etc):
 - Menor uso de analgesia OR 0,68 (CI 0,58–0,79)
 - Menos partos vaginais cirúrgicos OR 0,73 (95% CI 0,62–0,88)
 - Menos depressão pós-parto pelas 6 semanas OR 0,12 (CI 0,04–0,33)
- Oferecer fluidos orais ao longo do trabalho de parto e parto

Melhores Práticas: Pós-parto

Mãe

- **Monitorização de perto e vigilância durante as primeiras 6 horas pós-parto:**
 - Parâmetros:
 - Pressão arterial, pulso, sangramento vaginal, contração uterina
 - Cronologia:
 - De 15 em 15 minutos durante 2 horas
 - A cada 30 minutos durante 1 hora
 - De hora em hora durante 3 horas

Recém-nascido

- Os bebês devem começar a mamar o mais cedo possível após o parto (de preferência dentro da primeira hora)
- O Colostro deve ser dado ao bebê e não deitado fora



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Posição no Trabalho de Parto e Parto

- Permitir liberdade de posição e movimento ao longo do trabalho de parto e parto
- Encorajar qualquer posição não supina :
 - Lateral
 - De cócoras
 - De gatas
 - Semi-sentada
 - Sentada

Posição no Trabalho de Parto e Parto (cont.)

O uso da posição vertical ou lateral comparada com a posição supina ou litotômica está associado a:

- Segunda fase de parto mais curta (5,4 minutos, 95% CI 3.9–6,9)
- Menos partos assistidos (OR 0,82, CI 0,69–0,98)
- Menos episiotomias (OR 0,73, CI 0,64–0,84)
- Menos relatórios de dores graves (OR 0,59, CI 0,41–0,83)
- Menos padrões de ritmo cardíaco anormal para o feto (OR 0,31, CI 0,11–0.91)
- Mais lacerações do períneo (OR 1,30, CI 1,09–1,54)
- Perda de sangue > 500 mL (OR 1,76, CI 1,34–3,32)

Fonte: Gupta and Nikodem 2000.

Apoio para a Mulher

- Dar à mulher toda a informação e explicação que ela desejar
- Prestar cuidados no trabalho de parto e parto a um nível que a mulher se sinta segura e confiante
- Prestar apoio empático durante o trabalho de parto e parto
- Facilitar uma boa comunicação entre provedores de cuidados, a mulher e seus acompanhantes
- O apoio empático e físico contínuo está associado a um trabalho de parto mais curto, menos medicação e analgesia epidural e menos partos operatórios

Fonte: OMS 1999.

Presença de um Familiar do Sexo Feminino durante o Trabalho de Parto: Resultados

ECT no Botswana: 53 mulheres com familiar; 56 sem

Resultado do trabalho de parto	Grupo Experimental (%)	Grupo de Controlo (%)	p
Parto vaginal espontâneo	91	71	0,03
Parto a vácuo	4	16	0,03
Cesariana	6	13	0,03
Analgesia	53	73	0,03
Amniotomia	30	54	0,01
Oxitocina	13	30	0,03

Fonte: Madi et al 1999.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Presença de Familiar do Sexo Feminino durante o Trabalho de Parto: Conclusão

O apoio de um familiar do sexo feminino melhora os resultados do parto

Source: Madi et al 1999.



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Rotinas Prejudiciais

- **Uso do enema:** desconfortável, pode danificar o intestino, não altera a duração do trabalho de parto, aumenta a incidência de infecções neonatais ou infecção da ferida do períneo
- **Remoção dos pelos púbicos:** desconforto com o crescimento dos pelos, não reduz infecções, pode aumentar a transmissão do HIV e hepatite
- **Lavagem do útero após o parto:** pode causar infecções, trauma mecânico ou choque
- **Exploração manual do útero após o parto**

Fontes: Nielson 1998; OMS 1999.

Práticas Prejudiciais (cont.)

- **Exames:**
 - **Exame retal** : incidência similar à infecção puerperal, desconfortável para a mulher
 - **Uso regular da pelvimetria por raio-x:** Aumenta a incidência de leucemia na infância
- **Posição:**
 - Uso regular da posição supina durante o trabalho de parto
 - Uso regular da posição de litotomia com ou sem estribos (suporte para as pernas) durante o trabalho de parto



Intervenções Prejudiciais

- Administração de oxitocina em qualquer altura antes do parto de forma que o efeito não possa ser controlado
- Esforços de expulsão contínuos e direccionados durante a segunda fase do trabalho de parto
- Massagem e distensão do períneo durante a segunda fase do trabalho de parto (nenhuma evidência)
- Pressão fúndica durante o trabalho de parto

Práticas Impróprias

- Restrição de alimentos e fluidos durante o trabalho de parto
- Infusão intravenosa regular no trabalho de parto
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um provedor de cuidados
- Mover regularmente uma mulher em trabalho de parto para uma sala diferente no início da segunda fase
- Encorajar a mulher a fazer força quando se diagnostica dilatação completa ou quase completa da cérvix, antes de a mulher ter vontade de fazer a expulsão

Fontes: Nielson 1998; Ludka and Roberts 1993.

Práticas Impróprias (cont.)

- Adesão rígida a uma duração da segunda fase do parto estipulada (ex: 1 hora) se as condições maternas e fetais forem boas e houver progressão do trabalho de parto
- Uso liberal ou regular da episiotomia
- Uso liberal ou regular da amniotomia

Práticas Usadas para Indicações Clínicas Específicas

- **Cateter vesical**
- **Parto cirúrgico**
- **Aumento da oxitocina**
- **Controlo da dor com agentes sistémicos**
- **Controlo da dor com analgesia epidural**
- **Monitorização fetal electrónica contínua**

Trabalho de Parto e Parto Normal: Conclusão

- **Presença de um assistente capacitado**
- **Uso do partograma**
- **Uso de critérios específicos para diagnosticar o trabalho de parto activo**
- **Restringir o uso de intervenções desnecessárias**
- **Usar a gestão activa da terceira fase do trabalho de parto**
- **Apoiar a opção da mulher para posição durante o trabalho de parto e parto**
- **Fornecer apoio emocional e físico contínuo para a mulher ao longo do trabalho de parto**



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Demonstrações

- Trabalho de parto e parto normal incluindo cuidados para o recém-nascido
- Gestão activa da terceira fase do trabalho de parto
- Uso do extractor a vácuo para auxiliar o parto
- Episiotomia e reparação
- Revisão dos guias de aprendizagem
- Demonstração pelo professor/formador
- Prática pelos estudantes
- Contra-demonstração



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

access

Access to clinical and community
maternal, neonatal and women's health services

Referências

- Carroli G and Belizan J. 2000. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review), in *The Cochrane Library*. Issue 2. Update Software: Oxford.
- Eason E et al. 2000. Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review. *Obstet Gynecol* 95: 464–471.
- Gupta JK and Nikodem VC. 2000. Woman's position during second stage of labour (Cochrane Review), in *The Cochrane Library*. Issue 4. Update Software: Oxford.
- Kinzie B and Gomez P. 2004. *Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers*. Jhpiego: Baltimore, MD.
- Lauzon L and Hodnett E. 2000. Caregivers' use of strict criteria for diagnosing active labour in term pregnancy (Cochrane Review), in *The Cochrane Library*. Update Software: Oxford.

Referências (cont.)

- Ludka LM and Roberts CC. 1993. Eating and drinking in labor: A literature review. *J Nurse-Midwifery* 38(4): 199–207.
- Madi BC et al. 1999. Effects of female relative support in labor: A randomized control trial. *Birth* 26:4–10.
- Neilson JP. 1998. Evidence-based intrapartum care: Evidence from the Cochrane Library. *Int J Gynecol Obstet* 63 (Suppl 1): S97–S102.
- World Health Organization Safe Maternal Health and Safe Motherhood Programme. 1994. World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet* 343 (8910):1399–1404.
- World Health Organization (WHO). 1999. *Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group*. WHO: Geneva.