

# Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências

Assistance to the second and third periods of labor based on evidence

Melania Maria Ramos Amorim<sup>1</sup>  
Ana Maria Feitosa Porto<sup>2</sup>  
Alex Sandro Rolland Souza<sup>3</sup>

## Palavras-chave

Cesárea  
Trabalho de parto  
Parto obstétrico

## Keywords

Cesarean section  
Labor, obstetric  
Delivery, obstetric

## Resumo

A conduta ideal a ser adotada no segundo período do trabalho de parto deveria se basear no balanço entre a probabilidade de um parto vaginal, que deve ser maximizada, contra os riscos maternos e perinatais, que devem ser minimizados. Entretanto, ainda não existe consenso sobre o manejo do período expulsivo, a começar por sua definição e os limites estabelecidos para sua duração. Realizou-se uma revisão da literatura em busca das melhores evidências disponíveis sobre a assistência ao trabalho de parto. Foram abordados aspectos como duração do período expulsivo, posição e puxos da pacientes, monitorização fetal, necessidade de episiotomia, manobras para redução do trauma perineal, parto instrumental, acolhimento do recém-nascido e ligadura do cordão umbilical. Também foi abordada a conduta no terceiro e quarto períodos. Não há evidências suficientes para delimitar a duração ideal do período expulsivo; porém, há *guidelines*, como os do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), que estabelecem limites de acordo com a paridade e a utilização ou não de analgesia. Posições não-supinas devem ser priorizadas durante o segundo estágio, respeitando-se a preferência das parturientes. A monitorização da frequência cardíaca fetal deve ser intermitente, reservando-se a monitorização contínua para casos especiais. O uso rotineiro de cardiocotografia intraparto associa-se com o aumento das indicações de cesariana. A episiotomia não deve ser realizada de rotina, documentando-se diversos benefícios quando o procedimento pode ser evitado: menos perda sanguínea, menor uso de suturas, menos dor e menos complicações perineais. O parto instrumental só está indicado em situações especiais, e a decisão por vácuo ou fórceps deve considerar potenciais vantagens e desvantagens, habilidade do operador e opinião da parturiente. O contato precoce pele a pele entre mãe e bebê deve ser estimulado, e o cordão umbilical deve ser ligado tardiamente. No manejo ativo do terceiro estágio, a recomendação mais segura e eficiente é de usar ocitocina para prevenção de hemorragia pós-parto.

## Abstract

The ideal management of the second stage of labor should be based in the balance between the vaginal delivery probability, which should be maximized, against the maternal and perinatal risks, which should be minimized. Notwithstanding, there is no consensus about second stage management, beginning with its definition and the limits for its duration. A literature review was conducted in search of the best available evidence about labor and delivery management. Several aspects were analyzed, such as maternal position, pushing, fetal monitoring, episiotomy, perineal protection, instrumental delivery, neonatal care and cord clamping. The third and fourth stages management was also considered. There is not enough evidence to establish the ideal duration of the second stage of labor, but American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) guidelines suggest limits according to parity and analgesia utilization. Nonsupine positions should be considered according to the woman's preference. Fetal heart rate monitoring should be intermittent, and

Centro de Atenção à Mulher do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) – Recife (PE), Brasil

<sup>1</sup> Doutora em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP); Professora da Pós-graduação em Saúde Materno Infantil do IMIP – Recife (PE), Brasil.

<sup>2</sup> Pós-graduanda (doutorado) em Saúde Materno Infantil e Supervisora da Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia do IMIP – Recife (PE), Brasil.

<sup>3</sup> Pós-graduando (doutorado) em Saúde Materno Infantil e Supervisor do setor e da Residência Médica em Medicina Fetal do IMIP – Recife (PE), Brasil.

**Endereço para correspondência:** Alex Sandro Rolland de Souza – Avenida Rui Barbosa, 579, apto 406 – Graças – CEP 52011-040 – Recife (PE), Brasil – E-mail: alexrolland@uol.com.br

continuous monitoring should be used only in special conditions. Routine use of intrapartum cardiotocography is associated with the increased rate of cesarean sections. The episiotomy should not be routinely performed, and several benefits are documented when this procedure can be avoided: reduced blood loss, fewer sutures, less pain and fewer perineal complications. Instrumental delivery is indicated only in special conditions, and the decision for forceps or vacuum should take into account potential advantages and disadvantages, the operator's skills and the woman's opinion. Early skin contact between mother and baby should be encouraged and late cord clamping should be performed. The safest and most effective recommendation for the third stage management is routine use of oxytocin for preventing postpartum hemorrhage.

## Introdução

O trabalho de parto se divide em quatro estágios. O primeiro estágio (dilatação) leva à dilatação do colo do útero, de até 10 cm, por meio de contrações rítmicas e dolorosas. O segundo estágio (período expulsivo) se inicia com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto; nessa fase ocorrem os puxos maternos. No terceiro estágio (secundamento ou dequitação), ocorre o desprendimento da placenta e membranas. O quarto período (período de Greenberg), que ocorre na primeira hora pós-parto, objetiva a parada do sangramento genital<sup>1</sup>(C).

Autores sugerem que estar sob os cuidados de uma equipe de profissionais especializados e experientes é importante durante esses períodos, porém, não é o suficiente, porque os fatores emocionais, em geral, não são atendidos. No momento do trabalho de parto e do parto, as mulheres submetem-se, de forma silenciosa e submissa, às rotinas hospitalares rígidas, vivendo esse momento sem harmonia. A necessidade de contato humano (assistência humanizada), informação, competência técnica baseada na melhor evidência disponível, segurança e participação médico-paciente mostraram-se contextualizadas, possibilitando que os profissionais da área da saúde reflitam sobre essas práticas<sup>1</sup>(C).

Além disso, muitas das práticas utilizadas de rotina na assistência ao trabalho de parto não são baseadas em evidências sólidas. A maioria se baseia na experiência clínica e em estudos de menor força. Diante disso, observamos a necessidade de realizar uma revisão da literatura, identificando as recomendações baseadas em evidências para a assistência ao segundo período do parto em gestações de baixo risco, contemplando os cuidados maternos e fetais, e recomendações para assistência ao terceiro e quarto períodos.

## Metodologia

Foram consultados os bancos de dados MedLine/PubMed, Lilacs/SciELO, Biblioteca Cochrane e SCOPUS, utilizando-se os seguintes descritores: “*labor, obstetric*”; “*delivery*”; “*home birth*”; “*eating in labor*”; “*enemas*”; “*perineal shaving*”; “*partogram*”; “*amniotomy; oxytocin*”; “*analgesia*”; “*continuous support*”; “*complementary and alternative therapies for pain*”; “*immersion in water*”; “*continuous*

*cardiotocography*”; “*episiotomy*”; “*placental cord drainage and labor*”; “*labor stage: first, second, third*”.

As buscas foram realizadas entre Setembro de 2007 e Fevereiro de 2010, independentemente, por dois revisores, selecionando-se os artigos e recomendações mais relevantes. Inicialmente, pesquisaram-se ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas, identificando-se as diretrizes para assistência ao parto de sociedades internacionais. Na ausência de ensaios clínicos randomizados e metanálises específicos para uma recomendação, consideraram-se os estudos observacionais bem conduzidos e, caso inexistentes, as recomendações das diretrizes de sociedades.

Foram pesquisados 900 artigos e, destes, foram selecionados 39 para escrever a presente revisão. Deu-se prioridade aos artigos mais recentes, pois expõem aplicabilidades mais coerentes com a prática médica atual, e artigos com o maior nível de evidência, além de revisões narrativas e consensos de sociedades médicas.

## Assistência ao segundo período

A conduta ideal a ser adotada no segundo período deveria se basear no balanço entre a probabilidade de um parto vaginal, que deve ser maximizada, contra os riscos maternos e perinatais, que devem ser minimizados<sup>2</sup>(B). Entretanto, ainda não existe consenso sobre o manejo ideal do período expulsivo do trabalho de parto, a começar por sua definição e os limites estabelecidos para sua duração.

As seguintes definições têm sido sugeridas para o segundo período do trabalho de parto. Porém, sua acurácia ainda deve ser estabelecida em estudos prospectivos bem desenhados<sup>3</sup>(D):

- Segundo período do trabalho de parto passivo → o achado de dilatação cervical completa antes ou na ausência de contrações expulsivas involuntárias.
- Início do segundo período ativo do trabalho de parto → o bebê é visível, contrações expulsivas com o achado de dilatação cervical completa, esforços maternos ativos.

## Duração do período expulsivo

A duração do período expulsivo que poderia ser classificada como normal permanece ainda não determinada. De acordo com

o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), a duração normal seria de três horas em primípara com analgesia, duas horas em primípara sem analgesia, duas horas em múltípara com analgesia e uma hora em múltípara sem analgesia<sup>4</sup>(D). No entanto, esses limites podem variar de acordo com a definição de período expulsivo, e estudos bem desenhados para validar esses pontos de corte ainda não estão disponíveis.

Estudos observacionais têm sido conduzidos com o intuito de avaliar os desfechos maternos e perinatais de acordo com a duração do período expulsivo em primíparas e múltíparas. Em um grande estudo retrospectivo realizado na Califórnia com 15.759 nulíparas, observou-se que a duração do período expulsivo não se associou com o aumento do risco neonatal em primíparas. Porém, uma duração maior que três horas elevou a morbidade materna (coriomionite, endometrite, lacerações perineais e hemorragia pós-parto) e o risco de cesariana e parto instrumental<sup>2</sup>(B). Em múltíparas (n=5.158) verificou-se aumento tanto da morbidade materna como das complicações neonatais, com maior risco de escores de Apgar menores que 7 no quinto minuto e admissão em UTI neonatal<sup>5</sup>(B).

A tomada de decisão clínica diante de um segundo estágio do trabalho de parto não foi ainda contemplada em ensaios clínicos randomizados de boa qualidade. Até que esses estudos sejam conduzidos, a conduta no período expulsivo prolongado dependerá da experiência, da habilidade e do julgamento do provedor e das características e expectativas das parturientes. É importante avaliar as condições maternas e a ausculta fetal, porque exaustão materna ou padrões anômalos de frequência cardíaca fetal influenciam a conduta obstétrica. De acordo com todas essas variáveis a serem consideradas, pode-se esperar um parto espontâneo, intervir, com aplicação de fórceps ou vácuo-extrator, ou, ainda, indicar uma cesariana.

## Posicionamento da parturiente

A posição supina tem sido amplamente usada no segundo período do trabalho de parto, a despeito da evidência fisiológica da redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário nessa posição. A posição de talha litotômica (Laborie-Duncan) é ainda recomendada em alguns tratados tradicionais de Obstetrícia, mas as posições alternativas incluem uma gama de posições que podem trazer benefícios para o parto: posição lateral (Sims), vertical (sentada, semi-sentada, de cócoras ou ajoelhada) e de quatro apoios<sup>6</sup>(A).

Ensaio randomizados de posturas alternativas para o segundo período, em geral, não têm sido de boa qualidade. Entretanto, uma revisão sistemática de 20 ensaios clínicos randomizados

com 6.135 mulheres apontou que as posições verticalizadas ou a posição lateral associaram-se com redução da duração do segundo período do parto, redução nas anormalidades da frequência cardíaca fetal, bem como redução de relatos de dor grave e episiotomias. Ocorreu, no entanto, maior perda de sangue estimada (acima de 500 mL), sem repercussões clínicas consideráveis. A conclusão dos revisores é que as mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, com o balanço das evidências a favor das posturas não-supinas. No entanto, estudos ulteriores são necessários para confirmar esses achados e comparar as diversas posturas não-supinas entre si<sup>6</sup>(A).

A imersão em água durante o período expulsivo do trabalho de parto aumentou o registro de satisfação por parte das parturientes no que diz respeito aos puxos<sup>7</sup>(A). Apesar dos efeitos benéficos comprovados no primeiro período do parto, é necessário realizar investigações adicionais para avaliar os efeitos da imersão em água no segundo estágio, especialmente sobre a morbidade materna e neonatal. A decisão sobre o parto na água deve ser tomada em conjunto pela mulher e pelo provedor.

## Puxos

Os esforços expulsivos maternos podem ser orientados ou não, precoces (em se completando a dilatação) ou tardios (somente quando a parturiente sentir vontade de fazer força). Uma revisão sistemática comparou puxos precoces e tardios em mulheres sob analgesia peridural, incluindo 9 ensaios clínicos randomizados e 2.953 mulheres. Nas mulheres que efetuaram puxos tardios, observou-se aumento da duração do segundo estágio do parto (em torno de 58 minutos), porém uma significativa redução da aplicação de fórceps médio (RR=0,69; IC95%: 0,55-0,87) e uma tendência à redução da cesariana (RR=0,77; IC95%: 0,55-1,08). Não houve influência nos escores de Apgar, na frequência de laceração perineal, na admissão em UTI neonatal e na satisfação materna<sup>8</sup>(A).

Outra revisão sistemática incluiu 8 ensaios clínicos randomizados e 4.732 mulheres, verificando maior chance de parto espontâneo com os puxos tardios (RR=1,1; IC95%: 1,01-1,18), com maior duração do período expulsivo passivo (a partir da dilatação completa), porém com menor duração da fase ativa do período expulsivo. O risco de lacerações perineais foi inalterado e os desfechos perinatais não foram avaliados<sup>9</sup>(A).

Um pequeno ensaio clínico randomizado avaliou os efeitos de puxos orientados ou não no segundo estágio sobre a função e a estrutura do assoalho pélvico, encontrando maior risco de disfunção urodinâmica e tendência à hiperatividade do detrusor no grupo com puxos orientados<sup>10</sup>(A).

Em resumo, os puxos precoces reduzem a duração do período expulsivo, porém aumentam os riscos de parto instrumental e podem acarretar lesão do assoalho pélvico. Esses efeitos precisam ser discutidos com as mulheres quando elaboram seus planos de parto, e a definição por uma ou outra prática deve ser individualizada de acordo com as características e as expectativas das parturientes.

## Monitorização da vitalidade fetal

Ensaio clínico randomizado para definir a periodicidade ideal da ausculta fetal no período expulsivo não estão disponíveis. De acordo com várias diretrizes, a ausculta cardíaca fetal intermitente deve ser realizada durante e após uma contração, por pelo menos um minuto, a cada cinco minutos<sup>11</sup>(D). O pulso materno deve ser palpado se houver suspeita de bradicardia fetal, ou qualquer outra anormalidade, para fazer o diagnóstico diferencial das duas auscultações cardíacas<sup>3</sup>(D).

Há também outros métodos propedêuticos utilizados para a avaliação do bem-estar fetal no primeiro período do parto, como a cardiocografia, porém sem evidência científica de sua utilização do período expulsivo<sup>12</sup>(D).

## Episiotomia

A episiotomia foi inicialmente proposta com o objetivo de facilitar o parto, reduzindo o trauma perineal e facilitando o reparo. Entretanto, não obstante a indicação de vários livros-texto, sua realização de rotina não pode ser recomendada, uma vez que existem várias evidências de que não é necessária e de que pode ser prejudicial<sup>13</sup>(D).

Em revisão sistemática incluindo 8 ensaios clínicos (n=5.541), observou-se que, comparada à episiotomia de rotina, a episiotomia seletiva (com indicação precisa) esteve associada com menos trauma perineal grave (RR=0,67; IC95%: 0,49-0,91), menor necessidade de suturas (RR=0,71; IC95%: 0,61-0,81), menos complicações na cicatrização (RR=0,69; IC95%: 0,56-0,85) e mais trauma perineal anterior (RR=1,84; IC95%: 1,61-2,10). Não houve diferença na frequência de trauma vaginal ou perineal grave, dispareunia, incontinência urinária ou dor intensa. Os revisores recomendam que a episiotomia não seja realizada rotineiramente<sup>14</sup>(A).

A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde (OMS) não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, porque, em alguns casos, pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, que foi a taxa encontrada em ensaio clínico randomizado inglês sem associação com riscos maternos ou neonatais<sup>15,16</sup>(D). Como todos os pro-

cedimentos cirúrgicos, a episiotomia só deve ser realizada com o consentimento pós-informação da parturiente.

Uma revisão sistemática questiona quais seriam as reais indicações de episiotomia: parto operatório, parto pré-termo, parto pélvico, macrosomia ou ameaça de ruptura perineal grave<sup>14</sup>(A). Entretanto, essas situações têm sido questionadas como indicação de episiotomia e, claramente, esse assunto precisa ser mais bem estudado em posteriores ensaios clínicos randomizados.

As recentes diretrizes do ACOG estabelecem que “os melhores dados disponíveis não apoiam o uso liberal ou rotineiro de episiotomia. Entretanto, há um papel para episiotomia por indicações maternas ou fetais, como evitar lacerações maternas graves ou facilitar partos difíceis”<sup>17</sup>(D). A decisão de realizar ou não uma episiotomia deve ser individualizada.

Quando realizada, a episiotomia deve ser reparada com sutura contínua, por estar associada com menos dor no pós-parto imediato do que a sutura separada. Efeitos em longo prazo não são claros<sup>18</sup>(A). O uso de material de sutura absorvível (ácido poliglicólico e poliglactina) é preferível por provocar menos dor. Essas mesmas técnicas são recomendadas para o reparo de lacerações espontâneas, quando necessário<sup>19</sup>(A).

A divulgação dos resultados dos ensaios clínicos controlados e a revisão sistemática sobre episiotomia têm acarretado significativo declínio nas taxas de episiotomia em todo o mundo, apesar de o procedimento continuar sendo realizado rotineiramente por profissionais em vários países. Informações de protocolo registrado sugerem que as taxas podem ser ainda mais reduzidas por meio de programas de educação médica continuada e documentação da indicação do procedimento<sup>20</sup>(C).

## Práticas para reduzir o trauma perineal

Diversas técnicas têm sido propostas para proteção perineal, incluindo massagem perineal intraparto, técnica de flexão, manobra de Ritgen, uso de compressas mornas e práticas tradicionalmente empregadas por parteiras: *bands on* e *bands off*. Poucos ensaios clínicos randomizados incluindo número suficiente de parturientes e de boa qualidade metodológica estão disponíveis. Sugere-se que a técnica de flexão e a manobra de Ritgen não devem ser usadas porque agem contra o mecanismo normal do trabalho de parto<sup>21</sup>(D).

Uma revisão sistemática não evidenciou qual a melhor manobra para prevenir o trauma perineal<sup>22</sup>(A) e outros ensaios clínicos randomizados avaliando compressas, massagens com lubrificante, estratégias *bands on* e *bands off* (nenhuma manobra sobre o períneo) não encontraram diferenças significativas na frequência de lacerações genitais<sup>23,24</sup>(A). A recomendação é que

a decisão de se utilizar ou não essas técnicas deve ser tomada pelas mulheres em conjunto com seus obstetras, com base no conforto materno e em outras considerações. Por outro lado, os fatores que realmente demonstraram-se efetivos para aumentar a integridade perineal são evitar a episiotomia e o parto instrumental. Quando indicado o parto instrumental, preferir o vácuo-extrator<sup>22</sup>(A) e a massagem perineal antes do parto, iniciando com 34 semanas<sup>25</sup>(A). Encontra-se disponível um protocolo de revisão sistemática sobre estratégias de proteção perineal intraparto que poderá, quando levada a cabo, resumir essas evidências e alterar esses graus de recomendação<sup>21</sup>(D).

## Fórceps versus vácuo-extrator

A decisão de um parto instrumental depende de vários fatores, e as indicações classicamente reconhecidas são período expulsivo prolongado, exaustão materna, emergências como prolapso de cordão ou Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida (DPPNI) diagnosticadas no período expulsivo, padrões de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora e condições médicas, como eclampsia e cardiopatias. Não estão disponíveis ensaios clínicos randomizados validando essas indicações, de forma que a indicação do parto instrumental ainda depende fundamentalmente do obstetra, requerendo-se o consentimento informado da parturiente<sup>26</sup>(D).

Tradicionalmente, as seguintes vantagens para o vácuo-extrator têm sido propostas: técnica mais fácil de aprender; menos dependente do diagnóstico acurado da posição da cabeça fetal; quantidade de força a ser aplicada intrinsecamente limitada; pode ser usado por parteiras treinadas; e pode promover a flexão da cabeça fetal defletida. Como desvantagens, apontam-se a não possibilidade de utilização do instrumento em apresentação de face, cabeça derradeira e fetos pré-termo; equipamento mais complexo e com maior possibilidade de falha técnica; e dependência dos esforços maternos para o parto<sup>26</sup>(D).

Em relação à modalidade de parto instrumental, uma revisão sistemática que comparou o fórceps ao vácuo-extrator incluiu 10 ensaios clínicos com 5.051 mulheres. O uso de vácuo-extrator associou-se ao menor risco de trauma materno (RR=0,41; IC95%: 0,33-0,50), ao uso de anestesia geral ou regional (RR=0,59; IC95%: 0,51-0,68) e à menor dor perineal com 24 horas (RR=0,54; IC 95%; 0,31-0,93). Embora o vácuo-extrator tenha elevado o risco de cefalematoma (RR=2,38; IC95%: 1,68-3,37) e hemorragia retiniana (RR= 1,99; IC95%: 1,35-2,96), não houve diferença nos outros resultados neonatais, incluindo escores de Apgar menores que 7, uso de fototerapia, morte perinatal e necessidade de readmissão hospitalar. No entanto, as preocupações maternas

com o bebê foram maiores no grupo submetido à vácuo-extração (RR=2,17; IC95%: 1,19-3,94). A conclusão dos revisores é que o uso de vácuo-extrator no lugar do fórceps reduz a morbidade materna, porém a redução de cefalematoma e hemorragia retiniana pode ser um benefício compensatório<sup>27</sup>(A).

O tipo de ventosa utilizado foi abordado em outra revisão sistemática, incluindo 9 ensaios clínicos e 1.375 mulheres. Embora a taxa de falha seja maior com as ventosas flexíveis (RR=1,65; IC95%: 1,19-2,29), estas acarretam menor risco de lesões do escalpo fetal (RR=0,45; IC95%: 0,15-0,60). Os revisores sugerem que as ventosas metálicas são mais adequadas para as posições transversas e occipito-posteriores, e as ventosas flexíveis parecem apropriadas para as aplicações diretas<sup>28</sup>(A).

Um protocolo de revisão sistemática, quando publicado, atualizará as revisões supracitadas. O protocolo pretende abordar as seguintes questões: se há indicação de parto operatório; o que deve ser usado, o fórceps ou o vácuo; se fórceps, qual o tipo; se vácuo, qual o tipo?<sup>26</sup>(D).

Até que esses resultados estejam disponíveis, os obstetras devem basear sua opção por um ou outro tipo de instrumento com base em sua experiência pessoal e nas características individuais de cada caso. Para ajudar na tomada de decisão, estão disponíveis diretrizes de algumas especialidades, como a da *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC), que apresenta as seguintes recomendações<sup>29</sup>(D):

- 1) Intervenções não-operatórias como suporte individual, uso do partograma, uso de ocitocina e puxos tardios em mulheres com peridural podem reduzir a necessidade de parto operatório.
- 2) Rotação manual pode ser usada isoladamente ou em conjunto com o parto instrumental com pouco ou nenhum risco materno fetal.
- 3) A episiotomia de rotina não é necessária para o parto operatório.
- 4) Quando uma intervenção operatória no segundo estágio é necessária, as opções, os riscos e os benefícios do vácuo, do fórceps e da cesárea devem ser considerados. A escolha da intervenção deve ser individualizada, visto que não há nítidas evidências de segurança e efetividade de cada uma em relação à outra.
- 5) A falha do método escolhido, vácuo ou fórceps, em termos de obter o nascimento do concepto em um tempo razoável, deve ser considerado como indicação para o abandono do método.
- 6) A experiência clínica adequada e o treinamento do operador são essenciais para a realização segura de partos operatórios. Essas técnicas só devem ser realizadas por indivíduos treinados que demonstram habilidades adequadas.

## Acolhimento do recém-nascido

A aspiração rotineira de boca e nariz não é necessária em um neonato a termo que respira espontaneamente ou chora, que tem tônus muscular adequado e líquido amniótico claro. Por outro lado, não se recomenda a aspiração das vias aéreas logo após o desprendimento do pólo cefálico em casos de líquido amniótico meconial, uma vez que ensaios clínicos randomizados demonstraram que essa medida não reduz a incidência de síndrome de aspiração meconial<sup>30</sup>(A). Os passos no atendimento ao recém-nascido saudável incluem basicamente aquecimento, secagem e contato pele a pele com a mãe. Até mesmo as manobras de reanimação atualmente preconizadas incluem abordagens menos invasivas. A aspiração endotraqueal só está indicada em recém-nascidos com líquido meconial que não se apresentam vigorosos ao nascimento<sup>31</sup>(D).

O contato pele a pele precoce melhora os resultados neonatais em termos de menor choro e maior estabilidade cardiorrespiratória e aumenta o sucesso da amamentação (RR = 1,82; IC 95%: 1,08-3,07), sem efeitos negativos aparentes em curto e longo prazo, devendo ser recomendado<sup>32</sup>(A).

## Ligadura do cordão umbilical

Diversos ensaios clínicos e uma recente revisão sistemática evidenciam os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical. Retardar em pelo menos 2 minutos o corte do cordão promove uma transferência adicional de 20 a 30 mL/kg de sangue da placenta para o recém-nascido e associa-se com benefícios neonatais que se estendem durante a infância: melhora do hematócrito, melhora da concentração de ferritina e redução do risco de anemia. O clampeamento imediato do cordão pode privar o recém-nascido de até 25% do volume circulante, especialmente se a respiração espontânea ainda não tiver se iniciado<sup>33</sup>(A).

Em revisão sistemática com 7 estudos (n=297 neonatos) apresentando tempo de clampeamento máximo do cordão umbilical de 2 minutos, observou-se que atrasar o pinçamento do cordão de 30 a 120 segundos, em vez de clampeamento precoce, parece estar associado com uma menor necessidade de transfusão e menos hemorragia intraventricular. Não existem diferenças claras entre outros resultados<sup>34</sup>(A).

## Assistência ao terceiro período

O terceiro período do trabalho de parto é o período que se inicia com o nascimento até o delivramento. É diagnosticado como prolongado se não se completar com 30 minutos, quando se adota conduta ativa, e 60 minutos com conduta fisiológica<sup>3</sup>(D).

Complicações do terceiro período do trabalho de parto são importante causa de mortalidade materna por todo o mundo. O grau de perda sanguínea depende da rapidez da separação da placenta da parede uterina e da contração da musculatura uterina.

## Manejo ativo da dequitação

Um conjunto de intervenções incluindo uso de ocitocina (10 UI por via intramuscular), ergometrina (0,5 mg intramuscular), massagem uterina, ligadura imediata do cordão umbilical e tração controlada do cordão têm sido propostos para o manejo ativo do parto, com o objetivo de reduzir a duração do terceiro estágio e prevenir a hemorragia pós-parto. Diferenciar a efetividade de cada medida isolada ainda é um desafio, porém estão disponíveis várias revisões sistemáticas sobre esse assunto<sup>35-40</sup>(A).

A ligadura precoce do cordão não é mais recomendada, uma vez que evidências recentes comprovam os benefícios da ligadura tardia do cordão para o recém-nascido<sup>33,34</sup>(A). Alternativamente, a drenagem espontânea do sangue do cordão (sem clampeamento da extremidade materna) foi avaliada em uma revisão sistemática (2 ensaios clínicos randomizados, 624 mulheres), associando-se com redução do terceiro estágio em torno de 6 minutos e significativa redução de retenção placentária (RR=0,28; IC95%: 0,10-0,73)<sup>35</sup>(A).

Em relação ao manejo ativo do terceiro estágio, contemplado na revisão sistemática mais antiga, evidenciou-se uma redução da perda sanguínea no parto e de hemorragia pós-parto maior que 500 mL (RR=0,38; IC95%: 0,32-0,46) e redução do terceiro estágio (em torno de 10 minutos), porém aumento do risco de náuseas maternas (RR=1,83; IC95%: 1,51-2,23), vômitos e elevação da pressão arterial ligados ao uso da ergotamina. Os autores sugerem a adoção do manejo ativo em partos hospitalares, porém o risco de náuseas e vômitos maternos com a ergotamina precisa ser considerado. Essas evidências não devem ser extrapoladas para partos não-hospitalares<sup>36</sup>(A).

Por outro lado, as revisões sistemáticas comparando ocitocina e nenhum uterotônico, ocitocina-ergometrina *versus* ocitocina e ergometrina isolada evidenciaram que o uso isolado de ocitocina é efetivo em termos de redução da hemorragia pós-parto maior que 500 mL (RR=0,50; IC95%: 0,43-0,59) e maior que 1.000 mL (RR=0,61; IC95%: 0,44-0,87)<sup>37,38</sup>(A).

A combinação ocitocina-ergometrina é mais efetiva para a redução da perda sanguínea maior que 500 mL em relação à ocitocina isolada, sem efeitos sobre perdas acima de 1.000 mL, associando-se com aumento do risco de náuseas, vômitos e elevação da pressão arterial<sup>38</sup>(A). A ergotamina isolada reduz a hemorragia maior que 500 mL (RR=0,38; IC95%: 0,21-0,69), porém aumentando o risco de náuseas, vômitos (RR=11,81;

IC95%: 1,78-78,28), hipertensão arterial (RR= 2,60; IC95%: 1,03-6,57) e dor (RR=2,53; IC95%: 1,34-4,78)<sup>39</sup>(A). Esses riscos precisam ser considerados antes de se decidir pelo uso da combinação ocitocina-ergometrina ou ocitocina isolada para manejo ativo do terceiro estágio do parto.

A ocitocina é mais barata e mais efetiva do que o misoprostol oral (600 mcg) ou sublingual para redução da hemorragia pós-parto<sup>40</sup>(A). As evidências são ainda insuficientes em relação ao uso dos agonistas da ocitocina (carbetocina 100 mcg)<sup>41</sup>(A).

O momento exato de administração da ocitocina persiste por ser determinado. Enquanto alguns estudos sugerem benefícios com a administração antes do delivramento, outros demonstram maior redução do risco de hemorragia pós-parto quando se aguarda a saída da placenta. Essa questão precisa ser elucidada em estudos posteriores<sup>36,37</sup>(A).

## Revisão da cavidade uterina e do trajeto

Não existem evidências de efeitos benéficos na revisão manual da cavidade uterina pós-parto, questionando-se a sua prática mesmo em casos com cicatriz de cesárea prévia<sup>42,43</sup>(C). A revisão da cavidade uterina e a revisão instrumental do trajeto não fazem parte dos protocolos de assistência ao parto e só devem ser realizadas com indicações específicas, como no caso de hemorragia não-decorrente de hipotonia uterina. Para afastar a possibilidade de restos placentários ou de membranas, recomenda-se a revisão dos anexos depois do delivramento<sup>15,16</sup>(D).

## Antibioticoprofilaxia

Recomenda-se a profilaxia intraparto para Estreptococo do grupo B (EGB) em gestantes colonizadas (cultura entre 35 e 37 semanas) ou quando a cultura não é realizada de rotina no pré-natal, na presença de fatores de risco (prematuidade, febre materna intraparto, tempo de bolsa rota maior que 18 horas ou recém-nascido anterior afetado por EGB). A antibioticoprofilaxia é realizada com penicilina cristalina 5 milhões de unidades, seguindo-se 2,5 milhões de unidades por via intravenosa a cada 4 horas, até o parto. Esse esquema reduz significativamente o risco de sepse neonatal precoce por EGB<sup>44</sup>(A), porém a definição da melhor estratégia de prevenção depende da frequência de sepse neonatal por EGB, que deve ser determinada em cada região ou serviço.

Não há evidências para recomendar o uso de antibióticos profiláticos em outras situações, incluindo parto instrumental ou o uso de clorexidina vaginal para prevenir infecções maternas e neonatais<sup>45</sup>(A).

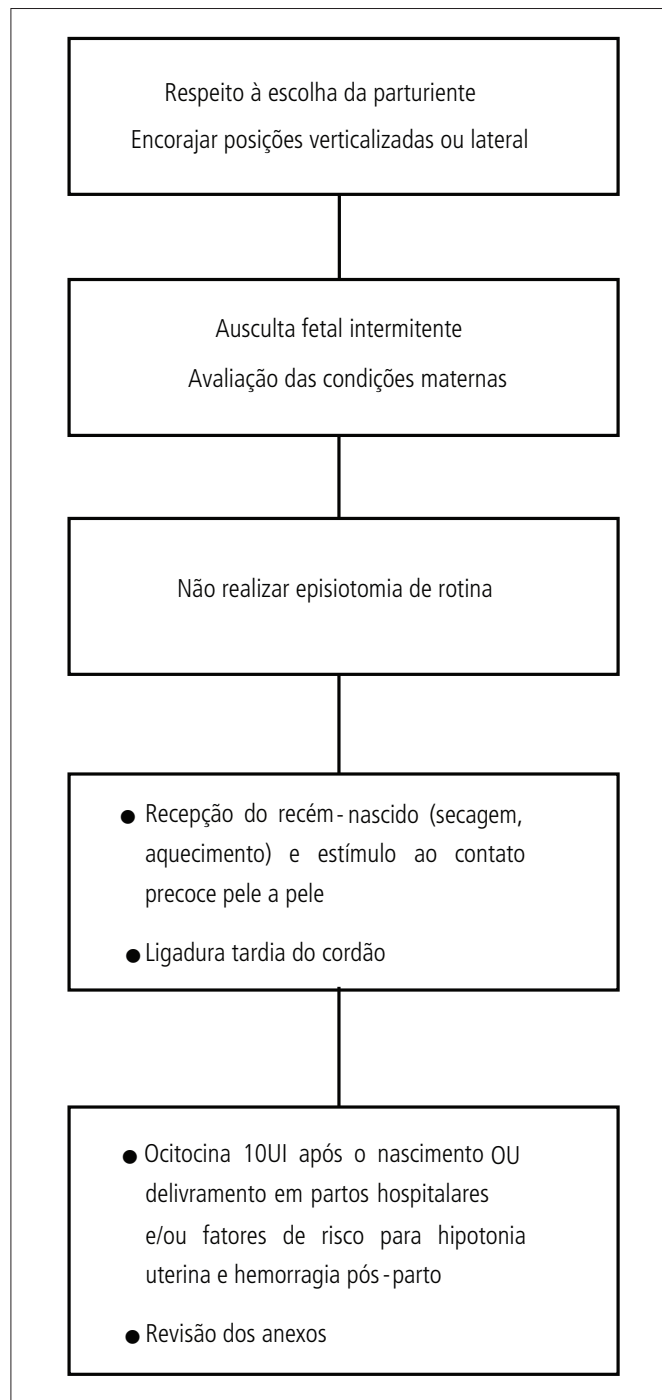


Figura 1 - Assistência ao segundo e ao terceiro estágio do parto

## Profilaxia de acidentes tromboembólicos

Até o momento, não há fortes evidências sobre a trombo-profilaxia durante a gestação e o período pós-natal precoce<sup>46</sup>(A). Dessa forma, atualmente recomenda-se que, em pacientes de alto risco para tromboembolismo (trombofilias, obesidade extrema, imobilização prolongada ou condições crônicas pré-existent), a profilaxia esteja indicada na assistência ao parto<sup>47</sup>(D).

## Considerações finais

Na Figura 1, resumimos as presentes recomendações baseadas em evidências para assistência ao parto. Conforme recomenda a OMS, intervenções tecnológicas durante o trabalho de parto somente devem ser adotadas caso exista um motivo válido e com claras evidências de sua efetividade. Intervenções não justificadas sobre um processo essencialmente fisiológico podem ter efeitos inesperados, e suas repercussões em longo prazo são difíceis de

avaliar. O processo de trabalho de parto e o nascimento representam uma experiência humana das mais importantes e profundas, podendo trazer tanto impacto positivo como negativo para a confiança materna, adaptação parental e relações familiares. O parto deve ser acompanhado e monitorizado, tendo-se em mente suas diversas dimensões e a atenção devida aos aspectos emocionais, evitando a cascata de intervenções que, em vez de produzir resultados favoráveis, pode acarretar piora dos desfechos maternos e perinatais.

## Leituras suplementares

- Merighi MAB, Carvalho GM, Suletroni VP. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):434-40.
- Cheng YW, Hopkins LM, Caughey AB. How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):933-8.
- Clinical guidelines. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. London: RCOG Press; 2007.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Operative Vaginal Delivery. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000. ACOG Practical Bulletin; 2000.
- Cheng YW, Hopkins LM, Laros RK Jr, Caughey AB. Duration of the second stage of labor in multiparous women: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(6):585.e1-6.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Position for women during second stage of labour. (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2010 Issue 1. Oxford: Update Software.
- Cluett ER, Burns EE. Immersion in water in labour and birth. (Cochrane Review). The Cochrane Library, 2010 Issue 1. Oxford: Update Software.
- Roberts CL, Torvaldsen S, Cameron CA, Olive E. Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2004;111(12):1333-40.
- Menez-Orioux C, Linet T, Philippe HJ, Boog G. Poussée retardée versus poussée immédiate lors de la seconde phase du travail chez les nullipares sous anesthésie péridurale. Une méta-analyse des essais randomisés. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2005;34(5):440-7.
- Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihira MA, Leveno KJ. A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1692-6.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstet Gynecol.* 2009;114(1):192-202.
- Souza AR, Amorim MR. Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Acta Med Port.* 2008;21(3):229-40.
- Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Femina.* 2010;38(5):265-70.
- Carrolli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- World Health Organization. Care in normal birth: A practical guide; 1996.
- World Health Organization. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors. WHO Department of Reproductive Health and Research; 2003.
- American College of Obstetricians-Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):957-962.
- Kettle C, Hills RK, Ismail KM. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair. (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- Goldberg J, Purfield P, Roberts N, Lupinacci P, Fagan M, Hyslop T. The Philadelphia Episiotomy Intervention Study. *J Reprod Med.* 2006;51(8):603-9.
- Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 12, 2010. Oxford: Update Software.
- Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2000;95(3):464-71.
- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health.* 2005;50(5):365-72.
- de Souza Caroci da Costa A, Gonzalez Riesco ML. A comparison of "hands off" versus "hands on" techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(2):106-11.
- Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;11:CD005455.
- Johanson RB, Menon V. WITHDRAWN: Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;11:CD000224.
- Johanson R, Menon V. WITHDRAWN: Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;11:CD000446.
- Cargill YM, MacKinnon CJ, Arsenault MY, Bartellas E, Daniels S, Gleason T, et al. Guidelines for operative vaginal birth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2004;26(8):747-61.
- Vain NE, Szyld EG, Prudent LM, Wiswell TE, Aguilar AM, Vivas NI. Oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2004;364(9434):597-602.
- American Heart Association. 2005 American Heart Association (AHA) guidelines for cardiopulmonary resuscitation (CPR) and emergency cardiovascular care (ECC) of pediatric and neonatal patients: pediatric basic life support. *Pediatrics.* 2006;117(5):e989-1004.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA.* 2007;297(11):1241-52.
- Rabe H, Reynolds GJ, Diaz-Rosello JL. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- Soltani H, Dickinson F, Symonds I. Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of the management of the third stage of labour. The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
- Cotter A, Ness A, Tolosa J. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 12, 2010. Oxford: Update Software.
- McDonald S, Abbott JM, Higgins SP. Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.



39. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyanjarassri K, Islam QM. Prophylactic use of ergot alkaloids in the third stage of labour. *The Cochrane Library*, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
40. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *The Cochrane Library*, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
41. Su LL, Chong YS, Samuel M. Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
42. Perrotin F, Marret H, Fignon A, Body G, Lansac J. Utérus cicatriciel: la révision systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1999;28(3):253-62.
43. Silberstein T, Wiznitzer A, Katz M, Friger M, Mazor M. Routine revision of uterine scar after cesarean section: has it ever been necessary? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1998;78(1):29-32.
44. Smaill FM. WITHDRAWN: Intrapartum antibiotics for Group B streptococcal colonisation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD000115.
45. Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Tolosa JE. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV) (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
46. Gates S, Brocklehurst P, Davis LJ. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2010. Oxford: Update Software.
47. Academia Brasileira de Neurologia, Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vasculard, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia, et al. Tromboembolismo venoso: profilaxia em pacientes clínicos - parte II. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):241-45.