

Cuidados no trabalho de parto e parto: Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)

Alberto Trapani Júnior

Presidente da CNE de Assistência ao Parto, Puerpério e Abortamento da Febrasgo



Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) liberou uma publicação denominada *Intrapartum care for a positive childbirth experience*⁽¹⁾ contendo recomendações para os cuidados durante o trabalho de parto e o parto. Como metodologia, realizou-se uma extensa revisão dos estudos publicados, além dos protocolos de assistência de vários países. Os dados foram trabalhados em grupos e submetidos a uma comissão externa, na qual a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) também estava representada. Foram selecionados os 56 cuidados considerados mais importantes e abrangentes. Questões mais especializadas como o manejo das distocias e das alterações de vitalidade fetal não foram incluídas. As práticas foram classificadas como: recomendadas, não recomendadas, recomendadas apenas em contextos específicos e recomendadas apenas em protocolos de pesquisa. Os resultados diferem muito pouco da Diretriz Nacional de Assistência ao Parto, realizada pela Comissão

Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec),⁽²⁾ construída com base nas diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*.⁽³⁾ Claramente, o foco é no trabalho de parto espontâneo, com mãe e feto saudáveis e parto eutócico. No quadro 1, são listadas e resumidas as principais conclusões. Consulte no original os detalhes de cada item, as evidências consultadas e as recomendações em contextos específicos e aquelas apenas para protocolos de pesquisa.

Os autores denominam essa nova diretriz de “Modelo de cuidados intraparto da OMS” e abordam também a importância de sua adoção para melhorar o atendimento e os resultados de nossas parturientes. Podemos fazer um paralelo com o conceito brasileiro, errôneo ao meu ver, de “parto humanizado”. Vejamos um pouco nossa história. Com o advento do movimento humanista na Europa renascentista, ganharam força o racionalismo e o desenvolvimento do método científico. Como consequência, ocorreu o desenvolvimento acentuado

Quadro 1. Práticas recomendadas e não recomendadas, de acordo com o Modelo de cuidados intraparto da OMS, 2018 (considerando mães e fetos/recém-natos saudáveis)

CUIDADOS RECOMENDADOS PARA TODO O PROCESSO DE NASCIMENTO	
<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de maternidade respeitosos (mantendo a dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a ausência de maus-tratos e possibilitando apoio à escolha informada). Comunicação eficaz entre os prestadores de cuidados e as parturientes. Garantia do acompanhante durante o trabalho de parto (TP) e o parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Deve-se orientar a paciente para realizar o puxo (empurrar) apenas seguindo seu próprio impulso. Recomendam-se técnicas para reduzir o trauma perineal, como massagem perineal, compressas quentes e proteção perineal com as mãos. Controle intermitente dos BCFs com sonar Doppler ou Pinard a cada 5 min.
CUIDADOS NO PRIMEIRO ESTÁGIO DO TP	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> Usar as definições dos estágios de TP – Primeiro estágio: latente (colo até 5 cm) e ativo (colo >5 cm). A duração normal do primeiro estágio é controversa e variável para cada paciente (a fase ativa geralmente não se prolonga além de 12h em nulíparas e 10h em múltiparas). Controle intermitente dos batimentos cardíofetais (BCFs) com sonar Doppler ou Pinard a cada 15 a 30 min. Toque vaginal a cada 4h. São opções para alívio da dor: analgesia epidural ou opioides parenterais (como fentanil, diamorfina e petidina) e as medidas não farmacológicas, como as técnicas de relaxamento, massagens e compressas. Permitir a ingestão de líquidos e alimentos pelas gestantes com baixo risco de necessitar de anestesia geral. Encorajar a movimentação e uma posição vertical. 	<ul style="list-style-type: none"> Administração em todas as pacientes de oxitocina (10 UI, intramuscular/intravenosa). Se não estiver disponível, recomenda-se o uso de outro uterotônico (ergometrina/metilergometrina ou misoprostol). Tração controlada do cordão. Retardar o clampeamento do cordão, se não houver contraindicação (por pelo menos 1 min).
CUIDADOS NO TERCEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> Usar o critério de evolução da dilatação cervical inferior a 1 cm/h, durante a fase ativa, para identificar o risco de resultados adversos e/ou como critério isolado para indicar intervenções (aumento da ocitocina ou indicar a cesariana). Também não são recomendadas intervenções de rotina na fase latente. Realizar a pelvimetria clínica ou cardiotocografia de rotina na admissão e/ou contínua durante o trabalho de parto em gestações saudáveis com trabalho de parto espontâneo. Tricotomia e enemas. Embrocação vaginal de rotina com antissépticos. Manejo ativo para prevenir um trabalho de parto prolongado (amniotomia e/ou ocitocina). Ocitocina de rotina quando realizada analgesia de parto. Antiespasmódicos e/ou fluidos endovenosos para evitar atrasos no trabalho de parto. 	<ul style="list-style-type: none"> Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina.
CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO (RN)	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> Contato pele a pele do RN com sua mãe durante a primeira hora após o nascimento. Colocar o RN no peito o mais rápido possível (se clinicamente estáveis e a mãe desejar). Todos os RNs devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento. O banho deve ser adiado até 24h após o nascimento. Se possível, a mãe e o bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto todo o tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> Aspiração em boca e nariz do RN se o líquido amniótico for claro e a respiração for espontânea.
CUIDADOS NO PUERPÉRIO	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> Considerar que a duração do segundo estágio pode ser variável, sendo geralmente inferior a 2h em múltiparas e 3h em nulíparas. A posição no parto, mesmo com analgesia, pode ser de escolha da paciente em situações normais. 	<ul style="list-style-type: none"> A avaliação regular do tônus uterino, pressão arterial, sangramento vaginal, contração uterina, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca durante as primeiras 24h. Após um parto vaginal sem complicações, mães e RNs saudáveis devem receber cuidados por, pelo menos, 24h após o nascimento.
CUIDADOS NO SEGUNDO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> Antibiótico profilático para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia. 	
CUIDADOS NO TERCEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> Antibiótico profilático para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia. 	
CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO (RN)	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> Contato pele a pele do RN com sua mãe durante a primeira hora após o nascimento. Colocar o RN no peito o mais rápido possível (se clinicamente estáveis e a mãe desejar). Todos os RNs devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento. O banho deve ser adiado até 24h após o nascimento. Se possível, a mãe e o bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto todo o tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> Aspiração em boca e nariz do RN se o líquido amniótico for claro e a respiração for espontânea.
CUIDADOS NO PUERPÉRIO	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> A avaliação regular do tônus uterino, pressão arterial, sangramento vaginal, contração uterina, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca durante as primeiras 24h. Após um parto vaginal sem complicações, mães e RNs saudáveis devem receber cuidados por, pelo menos, 24h após o nascimento. 	<ul style="list-style-type: none"> Antibiótico profilático para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia.
CUIDADOS NO TERCEIRO ESTÁGIO DO TRABALHO DE PARTO	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> Administração em todas as pacientes de oxitocina (10 UI, intramuscular/intravenosa). Se não estiver disponível, recomenda-se o uso de outro uterotônico (ergometrina/metilergometrina ou misoprostol). Tração controlada do cordão. Retardar o clampeamento do cordão, se não houver contraindicação (por pelo menos 1 min). 	<ul style="list-style-type: none"> Massagem uterina contínua em paciente que recebeu ocitocina.
CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO (RN)	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> Contato pele a pele do RN com sua mãe durante a primeira hora após o nascimento. Colocar o RN no peito o mais rápido possível (se clinicamente estáveis e a mãe desejar). Todos os RNs devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular após o nascimento. O banho deve ser adiado até 24h após o nascimento. Se possível, a mãe e o bebê não devem ser separados e devem permanecer no mesmo quarto todo o tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> Aspiração em boca e nariz do RN se o líquido amniótico for claro e a respiração for espontânea.
CUIDADOS NO PUERPÉRIO	
Recomendados	
<ul style="list-style-type: none"> A avaliação regular do tônus uterino, pressão arterial, sangramento vaginal, contração uterina, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca durante as primeiras 24h. Após um parto vaginal sem complicações, mães e RNs saudáveis devem receber cuidados por, pelo menos, 24h após o nascimento. 	<ul style="list-style-type: none"> Antibiótico profilático para partos não complicados ou apenas pela realização de episiotomia.

Consultar no original os detalhes de cada item, as evidências consultadas e as recomendações em contextos específicos e aquelas apenas para protocolos de pesquisa.

Fonte: Adaptado de WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.⁽¹⁾



das ciências médicas. O processo de medicalização e hospitalização do nascimento foi gradativamente reduzindo os altos índices de óbitos maternos e neonatais. Mais recentemente, no final do século XX, ficou claro um “efeito colateral” desse processo. Na tentativa de melhorar ainda mais os resultados, passamos a utilizar práticas que mais tarde se mostraram não efetivas ou não indicadas. A estrutura hospitalar (ambiência) precária, associada a uma gestão da saúde que não priorizava o processo de nascimento, também contribuiu para um cenário inadequado.

Gradativamente, a medicina baseada em evidências vem demonstrando que podemos fornecer assistência menos intervencionista, mais respeitosa e dentro dos critérios éticos da autonomia, mantendo ou melhorando os resultados perinatais. Passei por esse processo e devo confessar que não foi fácil trocar uma prática que eu dominava e tinha segurança por novas posturas e atitudes. Devemos respeitar essas dificuldades e entender o processo gradativo de transformação. Quando mudamos uma prática, não significa necessariamente que estávamos errados, já que o que antes fazíamos era considerado correto. Significa que ainda temos a lucidez e a energia para nos atualizar. O médico obstetra é o único profissional com capacitação para atuar em todo o processo de nascimento, que vai desde a concepção até o puerpério. Portanto, não devemos temer o tra-

balho conjunto. Muito pelo contrário, com o trabalho interdisciplinar, ganhamos tempo para focar naquilo em que somos essenciais e quem ganha é a paciente, que terá a percepção de um melhor atendimento. Isso não significa que devamos nos abster da responsabilidade de acompanhar o processo de nascimento ou aceitar modelos que tentam excluir o médico de parte da atenção. Tanto a postura passiva, isolando-se do processo de mudança, quanto o sectarismo vão refletir em perda do espaço de atuação e comprometer a segurança e a qualidade da assistência. O importante não é o título, como o equivocado “parto humanizado” ou o “Modelo de cuidados intraparto da OMS”, ou, como acho mais adequado, “modelo moderno de assistência ao nascimento” ou “assistência ao nascimento baseado em evidências e no respeito”. O importante é, em cada realidade, implantar uma assistência com atitudes baseadas em comprovações científicas e respeito à mulher e a sua autonomia, bem como lutar por ambientes e insumos adequados. ■

REFERÊNCIAS

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório. Brasília: Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec); 2016.
3. Intrapartum care for healthy women and babies: Clinical guideline. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014.

DECLARAÇÕES DO CONSELHO DE DIREITOS HUMANOS DA ONU INDICAM APOIO AOS CUIDADOS DE MATERNIDADE RESPEITOSOS

- Uma abordagem baseada em direitos humanos é sobre saúde e não patologias isoladas; tem como premissa capacitar as mulheres para reivindicar seus direitos e não apenas evitar a morte ou a morbidade materna.
- São necessárias medidas para abordar os determinantes sociais da saúde da mulher que afetam o gozo dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. [Isso inclui discriminação de gênero e marginalização baseada em etnia, raça, casta, nacionalidade e outros motivos.]
- Os direitos humanos exigem “atenção particular a grupos vulneráveis ou marginalizados”. A aplicação de uma abordagem baseada em direitos à redução da mortalidade e da morbidade materna depende de um sistema de saúde justo e eficaz.
- O desenho, a organização e a coordenação dos componentes do sistema de saúde devem ser guiados pelos princípios fundamentais dos direitos humanos, incluindo a não discriminação/igualdade, transparência, participação e responsabilização.
- Os Estados são obrigados a usar o “máximo de recursos disponíveis” para a realização progressiva dos direitos econômicos, sociais e culturais; se as restrições de recursos impossibilitarem o Estado de cumprir os direitos de saúde sexual e reprodutiva das mulheres imediatamente, o Estado deve demonstrar que usou todos os recursos à sua disposição para fazê-lo com prioridade.

Fonte: Nações Unidas, 2012 (39).