

NÚMERO: 001/2015

DATA: 19/01/2015

ASSUNTO: Trabalho de parto estacionário

PALAVRAS-CHAVE: Distócia mecânica e dinâmica; fase latência; fase ativa; período expulsivo; incompatibilidade feto-pélvica; paragem da dilatação cervical; paragem de descida da apresentação

PARA: Profissionais de saúde de unidades de saúde com cuidados obstétricos intraparto

CONTACTOS: secretariado.dsr@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, do Despacho nº 3482/2013 de 5 de março e do Despacho nº 6197/2013 de 13 de maio emite-se a Orientação seguinte:

I - ORIENTAÇÃO

Por trabalho de parto estacionário entende-se aquele em que não se verifica progressão da dilatação cervical em qualquer um dos seus estadios: fase de latência, fase ativa (primeiro estadio do trabalho de parto) e período expulsivo (segundo estadio do trabalho de parto).

1. A fase de latência inicia-se no momento em que a grávida percebe a existência de contractilidade uterina rítmica e regular e termina aos 4 cm de dilatação cervical. A sua duração é muito variável aceitando-se como duração máxima as 20 horas para a nulípara e as 14 horas para a múltípara (percentis 95)¹.
 - a) Atitude – como a duração da fase de latência é variável, desde que esteja assegurado o bem-estar fetal e materno e não exista indicação para um trabalho de parto rápido, deverá haver uma atitude expectante evitando-se a amniotomia. Caso as contrações sejam dolorosas e a grávida assim o deseje, deve-se promover uma analgesia eficaz¹.
2. A fase ativa inicia-se aos 4 cm de dilatação cervical com extinção/apagamento praticamente total do colo. A progressão até aos 6 cm é similar na nulípara e na múltípara, mas a partir dos 6 cm é mais rápida na múltípara².
 - a) Atitude – não havendo progressão da dilatação durante 4 horas antes dos 6 cm, ou durante 2 horas após os 6 cm, e desde que haja evidência de bem-estar fetal e materno, considerar a realização de amniotomia e/ou estimulação ocitócica^{2,3} após o consentimento da grávida. Se a estimulação ocitócica condicionar 3-4 contrações uterinas em cada 10 minutos e não houver progressão da dilatação durante 4 horas, considerar a indicação de cesariana por trabalho de parto estacionário⁴.

3. O período expulsivo inicia-se com a dilatação cervical completa e termina com a expulsão do feto. Existindo contractilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e evidência de bem-estar fetal e materno, a duração máxima deste período deve ser de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara; caso exista analgesia epidural em curso, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora^{4,5}.
- a) Atitude – uma vez ultrapassada a duração máxima deverá ser considerada a realização do parto instrumental ou a cesariana, consoante as condições obstétricas e a experiência do operador^{4,5}.

II – FUNDAMENTAÇÃO

- a) O trabalho de parto estacionário é a causa mais frequente de cesariana em trabalho de parto⁶.
- b) A definição do trabalho de parto estacionário foi durante muitos anos baseada nas curvas de Friedman, desenvolvidas na década de 1950, mas as características maternas atuais condicionam fetos maiores (aumento do índice de massa corporal, aumento da idade materna), e a prática obstétrica também é diferente, nomeadamente no que diz respeito à utilização da analgesia loco-regional^{2,3}.
- c) Tratando-se de uma gravidez de feto único, em apresentação cefálica, útero íntegro e sem patologia materna ou fetal conhecida, a utilização de conceitos mais alargados de dilatação cervical permite uma diminuição do número de casos de trabalho de parto estacionário⁷.

III – APOIO CIENTÍFICO

Nuno Clode (coordenador)

Diogo Ayres de Campos, Sónia Brandão, Cristina Lopes, Cristina Matos, Teresa Morgado, Fátima Sena e Silva, Lisa Vicente, Olga Viseu – Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas

Luís Mendes da Graça - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

Teresa Tomé - Sociedade Portuguesa de Pediatria

Dolores Sardo - Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

Vítor Varela - Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros

O Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos aprova o conteúdo da presente Orientação, mas por princípio não subscreve documentos de orientação médica, técnico-científica, simultaneamente subscritos por entidades não médicas.

IV – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wing DA, Farinelli CK. Abnormal Labor and Induction of Labour. In Obstetrics- Normal and Problem Pregnancies. 6th ed. Ed. Gabbe SG, Niebyl J, Simpson JL, Landon M, Galan HL, Jauniaux E, Driscoll D. 2012 Saunders.

2. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk e col. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol* 2010;115:705-10.
3. Zhang J, Landy HJ, Branch DW e col. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010;116:1281-7.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Dystocia and augmentation of labor. *ACOG Practice Bulletin* nº 49 (reaffirmed 2011) *Obstet Gynecol* 2003; 102:1445-54.
5. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum Care. Clinical guideline 55. 2007.
6. Ayres-de-Campos D, Furtado JM, Crisóstomo MR, Carrapato R, Cunha E, Conceição MF. Medidas para reduzir a taxa de cesarianas da região norte de Portugal. *ARS Norte*, Porto, Set 2010. http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Ficheiros/Cesarianas/Relatorio_Taxas_Cesarianas.pdf
7. El-Sayed YY. Diagnosis and management of arrest disorders. *Seminars in Perinatology* 2012;36:374-78.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde