

# Trabalho de parto prolongado

- 1 Introdução
- 2 Trabalho de parto prolongado
  - 2.1 Fase latente prolongada
  - 2.2 O diagnóstico da fase ativa do trabalho de parto
  - 2.3 Fase ativa prolongada
- 3 Prevenção e tratamento do trabalho de parto prolongado
  - 3.1 Aumentando a contratilidade uterina
    - 3.1.1 *Amniotomia*
    - 3.1.2 *Ocitocina*
    - 3.1.3 *Manejo ativo do trabalho de parto*
  - 3.2 Influenciando a resistência
- 4 Conclusões

## 1 Introdução

O progresso lento do primeiro estágio do trabalho de parto pode ocorrer na fase latente ou na fase ativa. Não significa necessariamente que o trabalho de parto é anormal ou que há um problema. Entretanto, deve chamar atenção para a possibilidade de um problema e indicar avaliação adicional, incluindo a possível necessidade de intervenção.

A atenção dedicada à prevenção do trabalho de parto prolongado é, pelo menos, tão válida quanto a atenção geralmente dedicada à sua resolução. Foi demonstrado que o apoio amigável e a permissão para que as mulheres se movimentem como quiserem são eficazes. Essas duas medidas podem ser vistas como características de um ambiente acolhedor, e não como intervenções específicas (ver Cap. 28).

## 2 Trabalho de parto prolongado

### 2.1 Fase latente prolongada

A fase latente do trabalho de parto, desde o início das contrações uterinas até o início da dilatação progressiva do colo (em geral a partir de aproximadamente 4 cm de dilatação), é pouco compreendida. Como essa fase geralmente começa antes da internação da mulher, muitas vezes é difícil determinar o momento exato do início. A duração da fase latente varia tanto de uma mulher para outra que é difícil definir uma faixa normal.

De acordo com alguns estudos, uma fase latente prolongada não está associada a aumento da morbidade, mortalidade

ou outro resultado adverso no período perinatal. Outros estudos mostraram uma incidência significativamente maior de cesariana e menores índices de Apgar no 5.º minuto, tanto em primigrávidas quanto em multigrávidas, com uma fase latente prolongada. Não se sabe ao certo se esses efeitos adversos foram devidos à condição subjacente ou resultaram de tratamento não-criterioso.

Freqüentemente é difícil diferenciar entre a fase latente prolongada e o falso trabalho de parto. Essa distinção só pode ser feita retrospectivamente. Há necessidade urgente de estudos controlados sobre esse problema comum, estressante e mal compreendido no trabalho de parto, sua etiologia, seu significado e a melhor política de tratamento.

### 2.2 O diagnóstico da fase ativa do trabalho de parto

Quando a fase ativa do trabalho de parto é diagnosticada erradamente, a ausência de dilatação do colo em um determinado período resulta no diagnóstico errado de distocia. As mães podem sentir-se inadequadas por não atingirem o progresso esperado, e podem perder a confiança nos profissionais quando é feito um diagnóstico errado de fase ativa do trabalho de parto. Algumas vezes são usadas intervenções para estimular o trabalho de parto e a cesariana por distocia antes do início do trabalho de parto verdadeiro (ver Cap. 31).

### 2.3 Fase ativa prolongada

O lento progresso ou a ausência de progresso na fase ativa do trabalho de parto pode ser definido como uma medida geral (por ex., maior que “x” horas) ou como uma medida relacionada à rapidez (por ex., taxa de dilatação cervical menor que “y” cm/hora). A duração de 12 horas, muitas vezes citada, da fase ativa equivale aproximadamente a uma progressão de 0,5 cm/h, metade da taxa de 1 cm/h que costuma ser usada. O diagnóstico de progresso lento depende de documentação cuidadosa do progresso do trabalho de parto, preferivelmente por representação gráfica das alterações na dilatação cervical e da descida da cabeça em um gráfico do trabalho de parto.

O desvio dessa progressão “normal” de dilatação definida arbitrariamente deve ser uma indicação de avaliação, e não de intervenção. Embora certamente haja associação entre trabalho de parto prolongado e resultado adverso, o grau de causalidade da relação é incerto.

A desproporção cefalopélvica deve ser considerada quando o progresso do trabalho de parto é lento. A pelvimetria radiológica intraparto não se mostrou útil nas mulheres com feto em apresentação cefálica. Os estudos controlados disponíveis mostram aumento significativo das taxas de cesariana ou sinfisiotomia com o uso de pelvimetria radiológica intraparto, mas não há benefícios significativos em termos de redução da morbidade neonatal. O diagnóstico de desproporção cefalopélvica é feito excluindo-se causas funcionais (hipotonia uterina) do progresso lento no trabalho de parto. Devem ser asseguradas contrações uterinas de intensidade adequada, por estimulação, se necessário, antes que se possa fazer esse diagnóstico. Se houver desproporção cefalopélvica evidente, possivelmente sugerida por acentuado amoldamento do crânio fetal, é necessário realizar cesariana.

A analgesia peridural pode estar associada a um aumento da duração do primeiro e do segundo estágio do trabalho de parto, à necessidade de ocitocina, à incidência de má posição fetal, ao uso de parto instrumental se o bloqueio for mantido após o primeiro estágio do trabalho de parto e à necessidade de cesariana por interrupção do progresso.

### 3 Prevenção e tratamento do trabalho de parto prolongado

O trabalho de parto prolongado é reconhecido como problema há séculos, e foi proposta uma confusa variedade de tratamentos para corrigir o distúrbio. A suposição subjacente a todos esses tratamentos é que, de alguma forma, o progresso “inadequado” é ruim e que “algo deve ser feito para remediar isso”. No passado, os remédios propostos incluíam medicamentos homeopáticos, vários medicamentos espasmolíticos, sulfato de esparteína, estrogênios, relaxina, *caulophyllum*, dimenidrato, estimulação papilar, injeções intracervicais de hialuronidase, vibração do colo e acupuntura. As medidas mais usadas hoje são amniotomia (ruptura artificial das membranas) e infusão intravenosa de ocitocina.

Muitos fatores podem influenciar as contrações uterinas e o progresso do trabalho de parto. A avaliação desses fatores sugere diversas medidas que podem ajudar a evitar o trabalho de parto prolongado e afastar grande parte da necessidade de potencialização. A presença de um acompanhante para apoio e a deambulação durante o trabalho de parto mostraram resultar em trabalhos de parto mais curtos e em menor uso de ocitócicos.

Quando é necessário intervenção mais ativa, essa pode consistir em medidas para aumentar a força das contrações uterinas, ou para reduzir o grau de resistência à dilatação cervical e à descida da apresentação.

#### 3.1 Aumentando a contratilidade uterina

Há uma íntima relação entre baixos níveis de contratilidade uterina e o progresso lento do trabalho de parto. Os tratamentos para aumentar a contratilidade uterina podem ser baseados no aumento da produção endógena de prostaglandinas por amniotomia ou pela administração de estimulantes uterinos, como ocitocina ou prostaglandinas exógenas.

##### 3.1.1 Amniotomia

Uma política de amniotomia precoce causa redução, em média, de 60 a 120 minutos na duração do trabalho de parto, e também uma redução na incidência de distocia (definida como uma taxa média de dilatação menor que 0,5 cm/hora). Em um estudo, a redução da duração do trabalho de parto foi limitada a mulheres primíparas. A potencialização com ocitocina é menos usada após amniotomia precoce. Não foram observados efeitos da amniotomia precoce sobre o uso de analgesia ou das taxas de parto vaginal instrumental. A amniotomia precoce foi associada a uma tendência de maior uso da cesariana, possivelmente relacionada a aumento do diagnóstico de sofrimento fetal. Em um estudo recente, a amniotomia precoce foi associada a um aumento da taxa de anormalidades da frequência cardíaca fetal.

Os efeitos da amniotomia precoce sobre o bebê também estão abertos à interpretação. A metanálise dos estudos controlados mostra que a amniotomia precoce está associada a menor incidência de baixos índices de Apgar no 5.º minuto, mas não tem efeito sobre a incidência de baixo pH arterial no cordão. Há uma tendência insignificante a aumento da frequência de cefalematoma e aspiração de mecônio. Vários efeitos adversos foram citados, mas não foram confirmados por estudos controlados. Todos os estudos que pretendiam mostrar esses efeitos prejudiciais da amniotomia sobre o feto e o recém-nascido tiveram considerável viés de seleção, impedindo uma avaliação adequada dos efeitos da amniotomia.

Em mulheres infectadas por HIV, estudos observacionais indicam que a ruptura das membranas por mais de 4 horas antes do parto aumenta o risco de infecção hospitalar. Com base nisso, a amniotomia pode ser perigosa para os fetos dessas mulheres.

Nos estudos que avaliaram as visões maternas da política de controle das membranas, não houve indicações de que as diferenças de política afetassem as opiniões maternas. Entretanto, uma política de amniotomia precoce está associada a uma redução estatisticamente significativa do risco de sentir dor “terrível ou excruciante” em algum momento durante o trabalho de parto.

Nenhum dos estudos descritos abordou especificamente a questão da eficácia ou não da amniotomia em estimular o tra-

balho de parto lento ou prolongado. Em face das evidências disponíveis nos estudos controlados do trabalho de parto espontâneo e dos dados sobre a indução do trabalho de parto, é muito provável que a amniotomia também estimule o progresso no trabalho de parto prolongado.

### 3.1.2 Ocitocina

A infusão intravenosa de ocitocina sintética, geralmente após ruptura espontânea ou artificial das membranas, é o tratamento mais usado para acelerar o trabalho de parto quando o progresso é considerado inadequado. Apesar disso, há poucos dados sobre os efeitos da ocitocina em estudos controlados.

O efeito da estimulação com ocitocina sobre a duração do trabalho de parto ainda não está claro. De três estudos anteriores que forneceram dados sobre a duração do trabalho de parto quando foi usada infusão intravenosa de ocitocina em casos de progresso insatisfatório, apenas um mostrou uma menor duração média em mulheres que receberam estímulo precoce com ocitocina em comparação com controles. Em um estudo no qual as mulheres pertencentes ao grupo de controle foram incentivadas a levantar e caminhar, ficar de pé ou sentar quando desejassem, a duração média do trabalho de parto foi um pouco menor no grupo de controle que no grupo estimulado. Um pequeno estudo recente mostrou aumento do progresso do trabalho de parto com a ocitocina.

Não há dados nesses estudos de que uma política de uso precoce de ocitocina influencie o método de parto.

Nem os índices de Apgar nem a incidência de internação em berçário de cuidados especiais foram muito diferentes entre os grupos estimulados com ocitocina e os grupos de controle nos estudos que relataram esses resultados. Não há outros dados definidos de estudos controlados sobre os resultados dos lactentes.

Em um estudo, mais da metade das mulheres que opinaram sobre o tratamento com ocitocina disse que foi desagradável e afirmou que gostaria de tentar não usar a droga no próximo parto. Mais de 80% sentiram que aumentou a dor, enquanto menos de 20% das mulheres no grupo que se movimentou acreditavam que a movimentação tivesse aumentado sua dor. Inversamente, em um estudo recente as mulheres expressaram uma preferência pelo tratamento ativo quando foi diagnosticado progresso inadequado do trabalho de parto.

A partir dos dados disponíveis até agora, não está claro que o uso liberal de estimulação do trabalho de parto com ocitocina seja benéfico para as mulheres e os fetos. Isso não significa que não haja lugar para estímulo com ocitocina no

progresso lento do trabalho de parto. Nos estudos controlados iniciais, uma grande parcela das mulheres designadas para controles acabou recebendo ocitocina devido à ausência subsequente de progresso adequado no trabalho de parto (definido pelos autores). Assim, esses estudos indicam que muitas mulheres que não são tratadas precocemente com ocitocina devido ao progresso inadequado ainda receberão uma infusão de ocitocina antes do parto. Isso sugere, entretanto, que outras medidas simples, como dar liberdade à mulher para movimentar-se e comer e beber o que quiser, podem ser no mínimo tão eficazes, e certamente mais agradáveis para uma grande parcela de mulheres que necessitam de estimulação do trabalho de parto.

Sem dúvida, ainda haverá situações em que será necessário estímulo farmacológico para corrigir a atividade uterina inadequada, a fim de evitar exaustão materna, e riscos de infecção fetal e materna. A lógica determinaria que, nessas circunstâncias, fosse administrada a menor dose eficaz de um medicamento, da forma mais eficiente. Como a sensibilidade individual à ocitocina varia muito, a titulação da ocitocina por meio de infusão intravenosa é o tratamento de escolha. Entretanto, está menos claro qual deve ser a dose inicial, de quanto devem ser os acréscimos e com que intervalos devem ser implementados. Há poucos dados disponíveis para responder a essas questões.

Dois princípios devem orientar o clínico no uso de ocitocina para estimular o trabalho de parto: primeiro, evitar hiperestimulação; segundo, o estudo terapêutico deve ter tamanho suficiente para minimizar o risco de um falso diagnóstico de desproporção cefalopélvica. Doses insuficientes exigirão um tempo inaceitavelmente longo para produzir resposta adequada, enquanto doses excessivas resultarão em hiperestimulação.

O progresso lento da dilatação cervical não é necessariamente causado por níveis subnormais de atividade uterina. Ainda não foi estabelecido o nível de atividade necessário para assegurar progresso adequado e para evitar hiperestimulação. Um importante fator adicional na velocidade de progresso do trabalho de parto é o grau de resistência que deve ser superado.

### 3.1.3 Manejo ativo do trabalho de parto

O termo “manejo ativo do trabalho de parto” foi introduzido para descrever um amplo programa de assistência ao trabalho de parto cujos elementos principais incluem, além dos critérios rigorosos para diagnóstico do trabalho de parto, amniotomia precoce, uso precoce de ocitocina e suporte profissional contínuo.



Estudos não-controlados sugeriram que o uso liberal de amniotomia e estímulo com ocitocina pode ser útil para se obter baixas taxas de cesariana. Isso pode ocorrer, mas não foi demonstrado pelos resultados dos estudos controlados publicados. Dois estudos publicados mostraram uma redução pequena e estatisticamente insignificante na taxa de cesarianas; os outros não mostraram efeito. Os outros resultados (uso de analgesia peridural, morbidade neonatal) também não mostraram efeitos da política. Infelizmente, o número total de mulheres incluídas nesses estudos é pequeno demais para indicar claramente o efeito do manejo ativo do trabalho de parto sobre as taxas de cesariana ou parto vaginal cirúrgico. A análise de estudos dos vários componentes do “manejo ativo do trabalho de parto” constatou indicações de melhora do resultado com o suporte do trabalho de parto, mas não com os outros dois componentes principais do manejo ativo: amniotomia precoce e uso de ocitocina.

### 3.2 Influenciando a resistência

Um terço a metade das mulheres com progresso lento do trabalho de parto apresenta níveis de atividade uterina que geralmente são considerados adequados. Um tratamento alternativo para essas mulheres seria o uso de altas doses de ocitocina, para aumentar a atividade uterina até níveis bem maiores que aqueles encontrados durante o trabalho de parto espontâneo normal. Uma conduta mais lógica seria reduzir a resistência cervical.

Três métodos para influenciar a resistência a fim de acelerar a dilatação cervical foram testados em estudos controlados: o uso intravenoso ou intramuscular de relaxina suína; injeções cervicais locais de hialuronidase; e vibração cervical. Os estudos não demonstraram qualquer vantagem do uso dessas modalidades. Entretanto, estudos observacionais sugeriram que a vibração pode ser útil quando não há dilatação cervical, apesar da atividade uterina satisfatória na ausência de desproporção cefalopélvica, e que o procedimento parece ser seguro. A avaliação aguarda um estudo controlado de tamanho adequado.

Apesar do fato de seu uso parecer razoável, as medidas para reduzir a resistência dos tecidos moles não foram exploradas adequadamente.

## 4 Conclusões

Em geral, mas não necessariamente, o lento progresso ou a ausência de progresso no primeiro estágio do trabalho de parto resulta de um menor nível de contratilidade uterina do que o observado em trabalhos de parto com progresso normal. Isso

pode ser causado por uma maior resistência das partes moles do canal de parto ou por desproporção cefalopélvica. Frequentemente será preciso garantir que haja contratilidade uterina adequada, se necessário por estimulação com ocitócico, para diferenciar esses mecanismos diferentes. Devem ser envidados todos os esforços para corrigir a hipotonia uterina antes de se recorrer à cesariana por distocia.

É cedo demais para recomendar o manejo ativo do trabalho de parto com base nas evidências atuais. Aproximadamente metade das mulheres que parecem ter trabalho de parto lento ou progresso insatisfatório da dilatação cervical terá evolução igualmente boa com a administração ou não de ocitócicos.

Quando se torna necessário estimulação, a primeira conduta deve ser romper as membranas. Os dados disponíveis sugerem que a amniotomia reduzirá a duração do trabalho de parto espontâneo e que pode evitar a necessidade de infusão de ocitocina em algumas dessas mulheres. Além disso, a associação de amniotomia e ocitocina pode estimular melhor o trabalho de parto que a ocitocina isolada. Uma possível exceção seria o caso das mulheres infectadas por HIV, devido ao possível aumento do risco de infecção neonatal.

Não há indicações de que as doses elevadas e rapidamente crescentes de ocitocina tenham qualquer vantagem em relação a uma conduta mais moderada na qual pequenas doses são aumentadas a intervalos de meia hora em resposta à contratilidade uterina. Os riscos de hiperestimulação e aumento da dor são maiores com doses maiores de ocitocina.

Certamente é válido avaliar outros métodos para aumentar a atividade uterina, incluindo o uso de prostaglandinas, mas eles foram explorados inadequadamente até o momento.

Em vista da importância do progresso do trabalho de parto e do grau de desconforto que o progresso lento pode provocar na mulher, no feto e nos profissionais, é importante que as muitas diretrizes sugeridas para assistência sejam comprovadas por firmes evidências de pesquisa.

### Fontes

*Effective care in pregnancy and childbirth*

**Crowther, C., Keirse, M.J.N.C. and Brown, I.**, Monitoring the progress of labour.

**Keirse, M.J.N.C.**, Augmentation of labour.

*Biblioteca Cochrane*

**Fraser, W.D., Krauss, I., Brisson-Carrol, G., Thornton, J. and Breart, G.**, Amniotomy for shortening spontaneous labour.

**Hodnett, E.D.**, Caregiver support for women during childbirth.

**Howell, C.J.**, Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour.

**Lauzon, L., Hodnett, E.**, Caregivers' use of strict criteria for diagnosing active labour in term pregnancy.

Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term.

**Pattinson, R.C.**, Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term.

*Revisões pré-Cochrane*

**Fraser, W.D.**, Early oxytocin to shorten spontaneous labour. Review no. 04136.

Relaxin to shorten spontaneous labour. Review no. 04132.

Cervical vibration to shorten spontaneous labour. Review no. 04133.

*Outras fontes*

**Blanch, G., Lavender, T., Walkinshaw, S. and Alfirevic, Z.** (1998).

Dysfunctional labour: a randomised trial. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 105, 117–20.

**Johnson, N., Lilford, R., Guthrie, K., Thornton, J., Barker, M. and Kelly, M.** (1997). Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 104, 340–6.

**Rogers, R., Gilson, G.J., Miller, A.C., Izquierdo, L.E., Curet, L.B. and Qualls, C.R.** (1997). Active management of labor: does it make a difference? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 177, 599–605.

**Thornton, J.G. and Lilford, R.J.** (1994). Active management of labour: current knowledge and research issues. *BMJ*, 309, 366–9.

**Zhang, J., Bernasko, J.W., Leybovich, E., Fahs, M. and Hatch, M.C.** (1996). Continuous labor support from labor attendants for primiparous women: a meta-analysis. *Obstet. Gynecol.*, 88, 739–44.