

Monitorização do progresso do trabalho de parto

- 1 Introdução
- 2 Reconhecimento do início do trabalho de parto
- 3 Condição da mãe
- 4 Contrações uterinas
- 5 Dilatação cervical
- 6 Descida da apresentação
- 7 Progresso normal do trabalho de parto
- 8 Registro do progresso do trabalho de parto
- 9 Conclusões

1 Introdução

O trabalho de parto é um momento especial, tanto emocional quanto fisicamente, para cada mulher. É um momento de intensa atividade física, estresse e dor, e pode ser um momento de risco evidente ou invisível. A assistência que uma mulher recebe durante o trabalho de parto deve não apenas ajudá-la a lidar com o esforço, o estresse e a dor; também deve minimizar ou eliminar o risco.

O objetivo da monitorização do progresso do trabalho de parto é reconhecer problemas incipientes, de forma que se possa evitar o progresso para problemas graves. O trabalho de parto prolongado pode causar resultados adversos para a mãe e o bebê, incluindo exaustão materna, asfixia perinatal e até mesmo morte. A atividade uterina ineficiente pode ser reconhecida e corrigida, e podem ser evitados alguns resultados adversos. O progresso do trabalho de parto deve ser monitorizado com atenção e ponderação, e não com uma rotina imprudente ou como uma tentativa procustiana de fazer todas as mulheres atenderem a critérios predeterminados da denominada normalidade (ver Cap. 35).

2 Reconhecimento do início do trabalho de parto

As mulheres costumam fazer o diagnóstico de trabalho de parto sozinhas, geralmente devido às contrações dolorosas e regulares. Algumas vezes fazem o diagnóstico após a eliminação de muco ou sangue, ou após ruptura das membranas.

Não se sabe se a educação pré-natal para o autodiagnóstico do início da fase ativa do trabalho de parto diminui a necessidade de intervenções intraparto e reduz outros resultados adversos.

No hospital, o autodiagnóstico de trabalho de parto da mulher pode ou não ser confirmado pela equipe profissional. O trabalho de parto verdadeiro deve ser diferenciado do falso trabalho de parto. O início ou não do trabalho de parto verdadeiro é uma das decisões mais importantes a serem tomadas na assistência ao trabalho de parto. Por definição, o trabalho de parto é a presença de contrações uterinas regulares, levando ao apagamento e dilatação progressivos do colo, e finalmente ao nascimento do bebê. Embora não haja dificuldade em confirmar a presença de trabalho de parto quando esse é vigoroso e bem definido, o diagnóstico nem sempre é claro como sugere essa definição. É difícil confirmar ou refutar o diagnóstico de trabalho de parto em uma mulher que acredita estar “em trabalho de parto” quando o colo está fechado e não está apagado. O problema pode ser reduzido pelo uso de avaliação precoce do trabalho de parto, ou pelo uso de áreas de triagem, nas quais mulheres que acreditam estar em trabalho de parto podem ser avaliadas ou observadas, em vez de internadas (ver Cap. 29). Em um estudo, o uso de critérios rigorosos pelos profissionais para o diagnóstico da fase ativa do trabalho na gravidez a termo afetou favoravelmente os resultados do trabalho de parto mediante redução da necessidade de ocitócicos e analgesia intraparto, e as mulheres relataram maior sensação de controle durante o trabalho de parto e o parto.

Freqüentemente, o momento do início do trabalho de parto não é conhecido com precisão. O indicador de início do trabalho de parto mais conveniente e mais usado nas mulheres que dão à luz no hospital (embora seja um ponto de partida arbitrário, e não biologicamente correto) é o momento em que a mulher é internada em trabalho de parto. No caso das mulheres que planejam dar à luz em casa, o momento da chegada da obstetrix (chamada pela mulher) pode ser usado de forma semelhante. Isso serve como indicador substituto semi-objetivo do início do trabalho de parto, e é um ponto de partida prático para a monitorização do progresso subsequente.



O momento do trabalho de parto em que a mulher chega ao hospital, ou pede ao profissional que a atenda, variará de mulher para mulher. Diversos fatores podem influenciar essa decisão, incluindo a forma como ela se sente, suas expectativas em relação ao trabalho de parto, sua experiência em gestações anteriores, sua ansiedade por chegar muito cedo ou muito tarde e quaisquer complicações que podem ter ocorrido. Dependerá também das orientações que ela recebeu sobre como, e quando, deve reconhecer que está em trabalho de parto e quando ir ao hospital, o que, por sua vez, dependerá da política de internação de cada maternidade. Todos esses fatores afetarão o momento em que a mulher é atendida pela primeira vez em trabalho de parto e, portanto, a duração aparente do seu trabalho de parto.

O momento da internação hospitalar pode ter consequências importantes para o progresso do trabalho de parto. Estudos mostraram que as mulheres que chegam cedo ao hospital têm mais diagnósticos de “trabalho de parto difícil” e são submetidas a mais intervenções intraparto e mais cesarianas.

É improvável que seja estabelecido um “melhor” momento universal para solicitar que a obstetrix atenda a mulher em casa ou para internação hospitalar em trabalho de parto. Na maioria das mulheres, o “melhor” momento pode ser quando elas acreditam que estarão mais felizes ou mais confortáveis no hospital ou com a assistência da obstetrix.

3 Condição da mãe

O estado físico e mental e o conforto e o bem-estar da mulher devem ser monitorizados tão cuidadosamente durante o trabalho de parto quanto o progresso das contrações e o estado do colo. As possíveis causas de sintomas como náuseas, dispnéia ou tonteira devem ser completamente avaliadas e realizado tratamento se necessário. A intensidade da dor que a mulher sente determinará a necessidade e o momento ideal do alívio da dor. Devem ser envidados todos os esforços para assegurar que todas as mulheres em trabalho de parto recebam suporte intraparto contínuo, não apenas de acompanhantes próximos mas também de profissionais especialmente treinados para dar suporte (ver Cap. 28).

Deve-se dar atenção adequada à condição física da mulher. Na maioria das circunstâncias isso incluirá, no mínimo, avaliação inicial da pressão arterial, pulso e temperatura. Embora essas avaliações tenham se tornado tradicionais, há pouco consenso a respeito da frequência com que devem ser realizadas. Não se conhece a utilidade, se houver, de avaliações repetidas do pulso e da pressão arterial no trabalho de parto

aparentemente normal. Provavelmente é tão pequena que não tem utilidade. Na presença de anormalidade conhecida ou suspeita (como hemorragia pré-parto ou intraparto, ou pré-eclâmpsia), essas avaliações devem ser feitas com a frequência necessária, ou mesmo continuamente, em vez de serem determinadas por um programa rigoroso aplicado a todas as mulheres.

4 Contrações uterinas

O trabalho de parto é iniciado, e o progresso é mantido, por contrações do útero. Quase sempre a própria mulher percebe as contrações, sua frequência, duração e intensidade. Esses parâmetros podem ser confirmados por palpação abdominal. O auto-relato pela mulher, suplementado por exame abdominal quando necessário, é suficiente para monitorizar as contrações na maioria das situações.

Entretanto, a palpação abdominal não pode medir com precisão as alterações da pressão uterina resultantes da contração, e esse limite também se aplica ao registro das contrações uterinas feito por um tocodinamômetro externo, que pode fazer um registro preciso da frequência e, em menor extensão, da duração das contrações, mas não de sua intensidade.

As informações limitadas disponíveis de estudos controlados não mostram vantagem no uso de um cateter para medida da pressão intra-uterina, seja na monitorização do progresso do trabalho de parto ou no tratamento de retardos no progresso do trabalho de parto.

5 Dilatação cervical

A progressão de dilatação do colo é a medida mais exata do progresso do trabalho de parto. A dilatação cervical geralmente é avaliada em centímetros, de 0 cm, quando o colo está fechado, até 10 cm em dilatação completa. Entretanto, a avaliação da dilatação cervical não é tão precisa quanto gostaríamos de acreditar. Até onde sabemos, não foram descritos estudos de variação interobservador ou intra-observador, mas a experiência pessoal mostrou variações significativas nas avaliações da dilatação por diferentes observadores na mesma situação, e até pelo mesmo observador ao repetir o exame. Não há orientação clara da literatura quanto ao melhor momento para se avaliar a dilatação em relação a uma contração, mas a regularidade do momento de observação provavelmente é importante ao se avaliar o progresso.

A dilatação e o apagamento do colo podem ser avaliados diretamente por exame vaginal ou indiretamente por exame retal. Os exames retais foram defendidos próximo ao fim



do século XIX, acreditando-se que, ao contrário dos exames vaginais, não causavam contaminação do trato genital. Foram feitos diversos estudos comparando os exames vaginal e retal nos Estados Unidos, de meados da década de 1950 até a década de 1960; todos mostraram uma incidência semelhante de infecção puerperal, fossem usados exames retais ou vaginais durante o trabalho de parto. A preferência feminina pelos exames vaginais em lugar dos exames retais foi claramente demonstrada em um estudo clínico randomizado. Os dados disponíveis sugerem que os exames retais não têm utilidade na monitorização do progresso do trabalho de parto.

Não há indícios de que devam ser usadas máscaras para a realização de exames vaginais. As máscaras não mostraram ser úteis durante cirurgia vaginal ou na sala de parto, de forma que é muito improvável que quaisquer infecções sejam evitadas por essa prática.

A frequência recomendada de exames vaginais para avaliar o progresso da dilatação cervical varia muito entre as unidades e na literatura. Essa variação ilustra a ausência de consenso em relação ao momento ideal de exames vaginais no trabalho de parto. Como todas as avaliações no trabalho de parto, parece mais prudente que a assistência seja individualizada. O número e o momento dos exames vaginais devem ser suficientemente frequentes para permitir avaliação adequada do progresso e para detectar imediatamente quaisquer problemas, porém não mais frequentemente que o necessário para alcançar esse objetivo.

6 Descida da apresentação

Se a cabeça estiver se apresentando, pode-se determinar sua relação com a borda da pelve por exame abdominal ou vaginal. A descida pode ser estimada por exame abdominal mediante avaliação da extensão da cabeça do feto que ainda está acima da borda pélvica. A avaliação abdominal evita a necessidade de exame vaginal e não é influenciada pela presença de bossas serossangüíneas (*caput succedaneum*) ou moldagem.

Ao exame vaginal, o nível da apresentação deve ser comparada com as espinhas isquiáticas. A moldagem da cabeça fetal, uma importante observação no acompanhamento do progresso do trabalho de parto se houver suspeita de desproporção cefalopélvica, também pode ser determinada por exame vaginal. Devido às informações complementares que podem ser obtidas, tanto o exame abdominal quanto o vaginal devem ser realizados antes de qualquer parto cirúrgico (ver Cap. 35).

7 Progresso normal do trabalho de parto

O trabalho de parto normal pode ser definido em termos da sua duração total ou como rapidez de progresso da dilatação cervical (geralmente expressa em centímetros por hora); essa última medida é mais útil clinicamente, pois a duração do trabalho de parto só pode ser conhecida retrospectivamente.

Uma progressão de 1 cm/hora na fase ativa do trabalho de parto frequentemente é aceita como o limite entre trabalho de parto normal e anormal. Certamente, a validade desse limite pode ser contestada. Muitas mulheres com progressões de dilatação cervical mais lentas têm parto normal. Uma progressão de 0,5 cm/hora pode ser mais apropriada como limite inferior do progresso normal, mas também deve ser interpretada com prudência, no contexto do bem-estar total da mulher.

8 Registro do progresso do trabalho de parto

Ao monitorizar o progresso do trabalho de parto, o registro dos achados é quase tão importante quanto fazer as avaliações. O principal motivo para fazê-lo é tornar o grau de progresso facilmente aparente, de forma que os problemas sejam logo reconhecidos, e facilitar a transferência de informações para outros profissionais. Atualmente são usados diversos métodos de registro das medidas de progresso.

Uma agenda com anotação do horário permite a documentação detalhada de todas as importantes avaliações maternas e fetais, mas tanto o registro quanto a leitura dessa agenda podem ser monótonos. Frequentemente é difícil de acompanhar, particularmente quando o trabalho de parto é prolongado ou quando há troca da equipe. Uma representação mais estruturada dos eventos e do progresso pode facilitar o rápido reconhecimento de problemas potencialmente corrigíveis.

O partograma, uma representação gráfica do progresso do trabalho de parto, foi adotado em muitas unidades de todo o mundo, e é considerado por muitos um instrumento necessário no acompanhamento do trabalho de parto. Além do gráfico que representa a dilatação cervical e a descida da apresentação em relação ao tempo, pode haver espaço para anotações sobre a frequência das contrações, o grau de moldagem, medicamentos, frequência cardíaca fetal e outros fatos importantes. Com o uso de um partograma, pode-se tomar conhecimento do progresso do trabalho de parto rapidamente, examinando-se uma folha de papel, e a ausência de progresso pode ser facilmente reconhecida, evitando-se a anotação de longas descrições. É fácil de usar, é um recurso prático para instrução e



é uma forma eficiente de troca de informações técnicas sobre o progresso do trabalho de parto entre equipes de profissionais. Por outro lado, a confiança excessiva em partogramas, e especialmente em protocolos de ação rigorosos relacionados aos padrões do partograma, pode ser uma forma de sistematizar o trabalho de parto em vez de cuidar da mulher em trabalho de parto.

Estudos de observação relataram melhora dos resultados da gravidez com o uso de um partograma, com redução do risco de morte perinatal e trabalho de parto prolongado. Apenas recentemente foi realizada avaliação controlada do uso do partograma durante o trabalho de parto. Em um grande estudo multicêntrico no Sudeste asiático, realizado pela Organização Mundial da Saúde, o uso do partograma com um protocolo de controle do trabalho de parto reconhecido reduziu a incidência de trabalho de parto prolongado, a proporção de trabalhos de parto que exigiram estimulação, a taxa de natimortos intraparto e a taxa de cesariana de emergência.

9 Conclusões

O bem-estar da mãe e do feto devem ser monitorizados cuidadosamente durante o trabalho de parto. Essa monitorização não requer necessariamente o uso de equipamento especial, mas sempre exige observação cuidadosa e individualizada.

A monitorização do progresso do trabalho de parto requer mais que a avaliação das contrações uterinas e da dilatação do colo. A rapidez de progresso deve ser considerada no contexto do bem-estar total feminino, e não simplesmente como um

fenômeno físico. Uma taxa de dilatação de 1 cm/h em uma mulher com contrações fortes e em grande sofrimento é muito mais preocupante que uma taxa de 0,3 cm/h em uma mulher que se sente confortável, caminha, toma chá e conversa com seus acompanhantes (ver Cap. 35).

Deve-se usar o exame vaginal, e não retal, para avaliar o progresso do trabalho de parto, porém apenas na frequência necessária. O progresso lento deve alertar os profissionais para a possibilidade de trabalho de parto anormal, mas não deve resultar automaticamente em intervenção. O uso de um partograma para representar graficamente o progresso do trabalho de parto é benéfico.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

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

Biblioteca Cochrane

Buchmann, E.J., Gulmezoglu, A.M. and Nikodem, V.C., Partogram for assessing the progress of labour [protocol].

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

Lauzon, L. and Hodnett, E., Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term.

Caregivers' use of strict criteria for diagnosing active labour in term pregnancy.

Outras fontes

World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Program (1994). World Health Organization partograph in the management of labour. *Lancet*, 343, 1399–404.