

# O segundo estágio do trabalho de parto

- 1 Introdução
- 2 Diagnóstico do início do segundo estágio do trabalho de parto
- 3 Expulsão durante o segundo estágio do trabalho de parto
- 4 Posição durante o segundo estágio do trabalho de parto
- 5 Duração do segundo estágio do trabalho de parto
- 6 Cuidados com o períneo
  - 6.1 Proteção e massagem do períneo
  - 6.2 Episiotomia
  - 6.3 Técnica de episiotomia
- 7 Parto
- 8 Conclusões

## 1 Introdução

Durante o segundo estágio do trabalho de parto, todo o ritmo e a natureza das atividades adjacentes ao trabalho de parto tendem a mudar. Embora haja continuidade dos princípios de assistência durante o trabalho de parto, nesse momento as mulheres frequentemente tornam-se mais vulneráveis e dependentes da influência daqueles que a assistem. A discussão sobre alternativas e escolhas não é fácil nesse momento, e isso torna ainda maior que o habitual a responsabilidade do profissional de proteger os interesses da mãe e do bebê.

## 2 Diagnóstico do início do segundo estágio do trabalho de parto

Por definição, o segundo estágio do trabalho de parto, que se encerra com o nascimento do bebê, começa quando há dilatação total do colo. Esse início “anatômico” pode ou não coincidir com o início da fase de expulsão, quando a mãe começa a sentir desejo de empurrar. Algumas mulheres sentem o desejo de empurrar antes de o colo estar completamente dilatado; outras podem só sentir essa vontade bem depois da dilatação total do colo.

A própria mãe pode indicar a transição para a fase expulsiva com palavras, ação ou uma modificação da expressão facial, ou da forma como aperta a mão do acompanhante. Se a apresentação for visível no intróito, pode-se supor que há dilatação

cervical completa. Se a mãe sentir desejo de começar a empurrar quando o progresso do trabalho de parto faz acreditar que o colo pode não estar completamente dilatado, deve-se avaliar a dilatação cervical por exame vaginal. Se a dilatação do colo for menor que 8 cm, a mulher deve ser instruída a encontrar a posição mais confortável e tentar resistir à vontade de empurrar experimentando alternativas como técnicas respiratórias; pode ser administrada analgesia peridural, se necessário. Se houver apenas uma margem de colo e a mulher tiver uma vontade irresistível de empurrar, ela pode sentir-se melhor empurrando; é improvável que essa força espontânea antes da dilatação completa cause qualquer dano, desde que a mulher não fique exausta.

Quando se administra analgesia peridural para alívio da dor no trabalho de parto, a necessidade de empurrar pode ser reduzida, adiada ou abolida. A palpação abdominal é uma forma satisfatória de avaliar a descida da apresentação. Pode-se tentar diagnosticar a dilatação completa dessa forma e confirmá-la pelo aparecimento da apresentação na vulva ou por exame vaginal.

## 3 Expulsão durante o segundo estágio do trabalho de parto

Em um estudo de mulheres nulíparas saudáveis que não tinham recebido educação formal para o parto e empurraram espontaneamente sem quaisquer orientações dos que a assistiram, foram feitos três a cinco esforços de expulsão relativamente curtos (4-6 segundos) para empurrar a cada contração. O número de esforços de expulsão por contração aumentou com o progresso do segundo estágio, e a maioria foi acompanhada por respiração. A minoria dos esforços de expulsão não acompanhados por respiração foi acompanhada por períodos muito curtos de interrupção da respiração (com duração menor que 6 segundos). Apesar desse padrão respiratório, a duração média do segundo estágio do trabalho de parto foi de 45 minutos, e não ultrapassou 95 minutos em nenhuma das 31 mulheres estudadas.

A duração da interrupção respiratória (menor que 6 segundos) nas mulheres que usaram espontaneamente essa técnica contrasta com a duração de 10 a 30 segundos amplamente defendida para os esforços contínuos e direcionados



para empurrar. Embora os esforços de expulsão contínuos acompanhados por interrupção da respiração resultem em encurtamento do segundo estágio do trabalho de parto, a prudência das recomendações comuns para fazer esses esforços pode ser questionada. Além das alterações, induzidas pela respiração, da frequência cardíaca e do volume sistólico, os esforços maternos para empurrar, particularmente quando a mãe está em decúbito dorsal, estão associados à compressão da aorta distal e à redução do fluxo sanguíneo para o útero e para os membros inferiores. Associados à interrupção da respiração materna, esses efeitos podem comprometer a oxigenação fetal.

Nos estudos controlados publicados que comparam diferentes condutas para empurrar, nos quais foram realizadas avaliações do pH arterial no cordão umbilical, o pH arterial médio no cordão umbilical foi menor (mais acidótico) no grupo em que o esforço contínuo ou precoce foi encorajado. Os esforços contínuos também parecem predispor a anormalidades da frequência cardíaca fetal e redução do índice de Apgar. Quando o esforço de expulsão é prolongado, a condição fetal deve ser monitorizada e a posição de decúbito dorsal evitada.

Nas mulheres com analgesia peridural, o primeiro e o segundo estágio do trabalho de parto são mais demorados, e o uso de ocitocina, a má rotação e as cesarianas são mais frequentes. Se a analgesia não cessar antes do segundo estágio do trabalho de parto, são mais comuns o parto por fórceps com rotação ou o parto com vácuo-extrator, particularmente em mulheres que foram incentivadas a empurrar relativamente cedo. Não há indicações de que uma política de esforço precoce tenha quaisquer vantagens para a mãe ou o feto.

#### 4 Posição durante o segundo estágio do trabalho de parto

O uso de posições ortostáticas como de pé, ajoelhada, sentada em uma cadeira especial ou de cócoras para o parto é comum em muitas culturas. Apesar disso, em muitos hospitais espera-se que as mulheres adotem posições de decúbito para o parto. Obrigar as mulheres a adotarem posições consideradas incômodas ou desconfortáveis só se justifica se houver bons indícios de que a conduta traz grandes vantagens para a saúde da mãe ou do feto.

A postura ortostática foi comparada à posição de decúbito durante o parto em diversos estudos controlados. Na maioria desses, foram usadas cadeiras obstétricas especiais ou um encosto, cunha ou almofada para manter a posição ortostática. Esses estudos mostraram que nas posturas ortostáticas o se-

gundo estágio do trabalho de parto é mais curto, e os episódios de dor forte são menos frequentes.

O tipo de apoio usado influenciou os efeitos da postura ortostática sobre o traumatismo perineal e a perda de sangue. Em estudos com uso da cadeira ou banco de parto, as episiotomias foram reduzidas, mas houve aumento das lacerações perineais de segundo grau, bem como da perda de sangue estimada. Com a almofada de parto, as lacerações de segundo grau e os partos assistidos foram reduzidos, enquanto as episiotomias e a hemorragia pós-parto foram semelhantes. A maior tendência a hemorragia pós-parto observada em mulheres que usam cadeiras de parto provavelmente é devida ao traumatismo perineal, exacerbado pela obstrução do retorno venoso. Foram observados edema perineal excessivo e hemorróidas em mulheres que permanecem longos períodos em posição ortostática nas cadeiras de parto.

Padrões anormais de frequência cardíaca fetal foram menos frequentes nas mulheres que permaneceram em posição vertical. Essa redução dos padrões anormais de frequência cardíaca fetal pode ser devida ao afastamento da compressão aortocava associada ao decúbito. Em dois estudos, que compararam a posição de decúbito dorsal a uma inclinação lateral esquerda de 15 graus, os bebês cujas mães permaneceram em decúbito dorsal apresentaram menor pH arterial no cordão umbilical.

Embora alguns assistentes relatem que as posições ortostáticas algumas vezes foram inconvenientes, houve uma resposta uniformemente positiva das mulheres que permaneceram em posição ortostática durante o parto.

A posição de cócoras não é usada frequentemente para recreação, repouso ou outras atividades em sociedades industrializadas, e muitas pessoas consideram desconfortável mantê-la por longos períodos. Os méritos relativos e as possíveis desvantagens da posição de cócoras no parto ainda não foram adequadamente explorados. As mulheres devem ser incentivadas a dar à luz na posição que considerarem mais confortável, com exceção do decúbito dorsal sem inclinação, que deve ser evitado.

#### 5 Duração do segundo estágio do trabalho de parto

Durante muito tempo, o segundo estágio do trabalho de parto foi considerado um período particular de risco para o feto. Hoje existem ecos dessa opinião nas políticas difundidas de impor limites arbitrários à duração do segundo estágio.

Foram demonstradas associações estatísticas entre o prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto e resulta-

dos obviamente indesejáveis, como mortalidade perinatal, hemorragia pós-parto, morbidade febril puerperal e convulsões neonatais, e também com resultados de significado menos certo relativos ao equilíbrio ácido-básico do bebê ao nascimento. Sozinhas, essas associações não são suficientes para concluir que a própria duração do segundo estágio do trabalho de parto é a variável crucial.

A abreviação do segundo estágio do trabalho de parto por força ativa ou parto cirúrgico pode modificar a diminuição do pH fetal que tende a ocorrer no decorrer do trabalho de parto. Entretanto, sem alguns indícios de que essa política tem efeito benéfico sobre importantes resultados do lactente, dificilmente podem ser justificados o traumatismo materno e o traumatismo fetal ocasionais resultantes da maior interferência cirúrgica. Um estudo, disponível apenas na forma de sumário, constatou uma duração reduzida do segundo estágio e diminuição da taxa de parto cirúrgico com o uso de uma cinta abdominal inflável durante o segundo estágio.

As decisões relativas à abreviação do segundo estágio do trabalho de parto devem ser baseadas nos mesmos princípios de monitorização do bem-estar da mãe e do feto usados durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Se as condições da mãe e do feto forem satisfatórias, e houver indicações de que está havendo progresso com a descida da apresentação, não há motivo para intervenção. Um único estudo avaliou o uso de betamiméticos profiláticos com o objetivo de reduzir o sofrimento fetal durante o segundo estágio; não foram constatados efeitos positivos.

Pode haver exaustão materna a qualquer momento durante o trabalho de parto, porém ela é mais provável durante o segundo estágio, quando o esforço adicional de empurrar é acrescentado ao estresse das contrações. Se a mãe não estiver sofrendo indevidamente e não estiver empurrando ativamente (particularmente quando submetida a analgesia peridural), não há razão para se acreditar que o segundo estágio é mais propenso a causar exaustão que o primeiro estágio.

Ocasionalmente, a monitorização do coração fetal utilizando ausculta intermitente pode representar dificuldades, pois algumas vezes é difícil encontrar o coração do feto quando ele desce para a pelve. Pode ser frustrante e desconfortável para uma mulher ter pessoas tentando ouvir o coração do bebê o tempo todo, ou ter que mudar de posição para facilitar a ausculta fetal. Nessas circunstâncias, a monitorização eletrônica fetal freqüentemente é mais confortável e menos perturbadora para a mulher.

A ausência de descida da apresentação pode ser devida a contrações uterinas inadequadas ou descoordenadas; a má posição ou má apresentação do feto; ou a desproporção cefalo-

pélica. A causa dessa ausência de progresso deve ser diagnosticada e tratada apropriadamente. Algumas vezes, a má apresentação ou pequenos graus de desproporção cefalopélvica podem ser superados incentivando-se a mãe a mudar de posição. Pode-se usar ocitocina intravenosa se as contrações forem inadequadas. Pode ser necessária manipulação instrumental ou manual, ou algumas vezes cesariana.

## 6 Cuidados com o períneo

É importante reduzir o risco de traumatismo perineal, porque o desconforto conseqüente pode dominar a experiência do início da maternidade e resultar em incapacidade significativa durante os meses e anos subseqüentes. Esse risco pode ser minimizado por aceleração do parto apenas quando há indicações maternas ou fetais claras, e não “por causa do tempo”, e pelo uso do vácuo-extrator em vez do fórceps quando é necessário parto instrumental (ver Cap. 41).

Pode haver lesão perineal por lacerações espontâneas ou por episiotomia. Embora alguns obstetras pareçam ser particularmente hábeis em auxiliar o parto de forma a minimizar o traumatismo perineal, na maioria dos hospitais pelo menos dois terços das mulheres que dão à luz pela primeira vez sofrem traumatismo suficiente para exigir sutura.

### 6.1 Proteção e massagem do períneo

A prática disseminada de proteger o períneo, com a colocação dos dedos do profissional contra ele durante as contrações, baseia-se na crença de que essa prática sustenta suficientemente os tecidos para reduzir o risco de traumatismo espontâneo. Essa é uma hipótese razoável, principalmente se associada à aplicação de pressão suave à cabeça do feto para controlar a velocidade do coroamento, pois esse é o período em que há maior risco de lesão espontânea dos tecidos perineais. Outros acreditam que é melhor não usar as mãos (exceto quando necessário). Essas políticas discordantes foram comparadas em um estudo randomizado, bem conduzido, com a participação de mais de 5.000 mulheres. O resultado primário foi a dor perineal por volta do 10.º dia pós-parto, que foi um pouco, mas significativamente, menor no grupo que usou as mãos. A incidência de traumatismo perineal foi semelhante nos dois grupos, assim como a situação do lactente.

O “alisamento” (massagem) do períneo à medida que o segundo estágio do trabalho de parto avança, algumas vezes com um emoliente como o azeite de oliva ou a aplicação de uma compressa quente, destina-se a alongar os tecidos e reduzir o risco de traumatismo. Essas técnicas têm defensores entusiastas, bem como detratores. Esses últimos sugerem que

o toque pode ser uma distração perturbadora, e que o aumento da vascularização e o edema em tecidos que já correm risco de traumatismo são contraproducentes. Na única comparação controlada (divulgada apenas na forma de sumário até hoje) não foi constatada diferença no risco geral de traumatismo perineal, embora um menor número de mulheres no grupo submetido a massagem do períneo tenha sofrido uma laceração de terceiro ou quarto grau.

## 6.2 Episiotomia

Se a monitorização durante o segundo estágio do trabalho de parto sugerir que há sofrimento do feto ou da mãe, ou que o progresso cessou, pode ser necessário acelerar o parto, por episiotomia, parto instrumental ou ambos. Mais controversa é a questão do uso rotineiro ou liberal da episiotomia para indicações menos importantes.

Embora tenha se tornado um dos procedimentos cirúrgicos mais comuns no mundo, a episiotomia foi introduzida sem que houvesse fortes indicações científicas de sua eficácia. Os efeitos benéficos sugeridos da episiotomia são: redução da probabilidade de lacerações de terceiro grau; preservação do assoalho pélvico e do músculo perineal, levando a melhora da função sexual e redução do risco de incontinência fecal e/ou urinária; redução do risco de distocia do ombro; reparo mais fácil e melhor cicatrização de uma incisão limpa e reta do que de uma laceração; para o bebê, redução da asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental. Por outro lado, foram sugeridos vários efeitos adversos da episiotomia. Eles incluem: a secção ou extensão da secção para o esfíncter anal ou para o reto; resultados anatômicos insatisfatórios, como fibromas moles, assimetria ou estreitamento excessivo do intróito; prolapso vaginal, fístulas retovaginais ou anais; aumento da perda de sangue e hematoma; dor e edema; infecção e deiscência; e disfunção sexual.

O uso liberal de uma cirurgia com os riscos descritos anteriormente só poderia ser justificado por indicações de que esse uso proporciona benefícios compensadores. Não há dados que apoiem os supostos benefícios do uso liberal da episiotomia. Estudos controlados mostram que o uso restrito da episiotomia resulta em menor risco de traumatismo perineal posterior, menor necessidade de sutura de traumatismo perineal, menos complicações de cicatrização e ausência de diferenças no risco de traumatismo vaginal ou perineal grave, dor perineal pós-parto, dispareunia ou incontinência urinária. A única desvantagem do uso restritivo da episiotomia é o aumento do risco de traumatismo perineal anterior. Esses resultados são semelhantes aos observados com as episiotomias mediolateral e mediana.

Não há dados que apoiem a sugestão de que o uso liberal da episiotomia minimiza o traumatismo da cabeça fetal. Dados dos estudos randômicos mostram distribuições semelhantes de índices de Apgar e das taxas de internação no berçário de cuidados especiais.

Os usos liberal e restrito de episiotomia estão associados a padrões contrastantes de traumatismo: o uso liberal está associado a uma menor freqüência de lacerações vaginais anteriores e labiais. Isso levanta a possibilidade de que a episiotomia tenha um efeito protetor mais específico sobre os tecidos ao redor do colo vesical. Entretanto, não há boas indicações de que o uso mais liberal de episiotomia proteja contra incontinência urinária. No acompanhamento de 3 anos de uma comparação entre o uso liberal e o uso restrito da episiotomia, as taxas e a intensidade da incontinência foram semelhantes nos dois grupos de estudo.

## 6.3 Técnica de episiotomia

As episiotomias são realizadas algumas vezes utilizando-se tesoura, outras vezes com bisturi. Aqueles que preferem a tesoura afirmam que é menos provável que haja lesão da apresentação fetal e há maior tendência a promover a hemostasia nas bordas da ferida devido à sua ação de esmagamento e de corte. Aqueles que preferem o bisturi afirmam que ele minimiza o traumatismo e assim há melhor cicatrização da ferida perineal. Não há dados para fundamentar quaisquer julgamentos sobre a validade dessas afirmações.

Não foi determinado satisfatoriamente se a episiotomia mediana tem melhor resultado que a episiotomia mediolateral. As vantagens sugeridas da episiotomia mediana são: melhor cicatrização com melhor aspecto da cicatriz e melhor função sexual no futuro. Aqueles que não gostam do método mediano ressaltam que está associado a maiores taxas de extensão da episiotomia e, conseqüentemente, aumento do risco de traumatismo perineal grave. Em um estudo, a episiotomia mediana foi associada a menor incidência de equimose, maior número de lacerações perineais de terceiro grau e reinício da atividade sexual mais cedo, mas nem esse nem um estudo subsequente tiveram coerência metodológica suficiente para se chegar a conclusões fidedignas. A pesquisa bem controlada para avaliar vantagens e desvantagens, a curto e a longo prazo, das episiotomias mediana e mediolateral está muito atrasada.

## 7 Parto

As mulheres têm diversas opções de posição para dar à luz, e podem mudar de posição freqüentemente, se forem incenti-



vadas a descobrir sozinhas qual a posição mais confortável. Não há motivo para exigir, ou incentivar ativamente, uma posição de decúbito dorsal ou de litotomia durante o parto; muitas vezes essas posições são particularmente dolorosas e perturbadoras nesse momento. As mulheres que preferem ficar deitadas freqüentemente consideram a posição lateral mais confortável.

A mulher freqüentemente dependerá da orientação da obstetrix ou do médico para moderar seu esforço de expulsão, para permitir um desprendimento suave e relaxado da cabeça. Isso pode ser produzido intercalando-se esforços expulsivos curtos com períodos de respiração ofegante, dando assim aos tecidos tempo para relaxar e se distender sob pressão. Utilizando essa conduta, pode haver diversas contrações antes do coroamento e desprendimento da cabeça.

Após o desprendimento da cabeça, os ombros giram internamente. Se o cordão umbilical estiver apertado ao redor do pescoço do bebê, pode ser possível afrouxá-lo e depois passá-lo sobre a cabeça do bebê. Se necessário, ele pode ser clampeado e seccionado. Após rotação completa, sai um ombro de cada vez, para reduzir o risco de traumatismo perineal. Quando a mãe está em posição de semidecúbito, o ombro anterior pode desprender-se primeiro; na posição de cócoras ou ajoelhada, o ombro posterior pode sair primeiro. A mãe pode então desejar segurar o bebê e concluir o restante do parto sozinha.

A dificuldade no desprendimento dos ombros é rara após a saída espontânea da cabeça. Não se deve tentar desprender os ombros até que eles tenham girado para o eixo ântero-posterior. A tração posterior da cabeça, associada aos esforços expulsivos maternos, geralmente é suficiente para o desprendimento do ombro anterior. O obstetra deve conhecer bem as técnicas para superar o problema de distocia do ombro nas raras ocasiões em que isso ocorra. Elas incluem ampla abdução das coxas e flexão completa dos quadris maternos; rotação manual do ombro posterior anteriormente; e pressão constante exercida por um assistente diretamente acima do osso púbis.

## 8 Conclusões

Não há dados que apoiem uma política de dirigir o esforço de expulsão durante o segundo estágio do trabalho de parto, e algumas evidências sugerem que ela pode ser prejudicial. A prática deve ser abandonada.

Da mesma forma, não há dados que justifiquem obrigar as mulheres a permanecerem deitadas durante o segundo estágio do trabalho de parto. Com algumas ressalvas, os dados

tendem a apoiar o uso de posições ortostáticas. O decúbito tende a alongar o segundo estágio do trabalho de parto, reduzir a incidência de partos espontâneos, aumentar a incidência de padrões anormais de freqüência cardíaca fetal e reduzir o pH do sangue no cordão umbilical. Por outro lado, pelo menos algumas das cadeiras de parto introduzidas nos últimos anos parecem predispor a edema perineal e ingurgitamento venoso, que, associados ao traumatismo perineal, podem resultar em aumento da perda sanguínea. Entretanto, o uso de uma cadeira de parto não é a única forma de se adotar uma posição ortostática durante o trabalho de parto. A mãe deve ser incentivada a ficar na posição que preferir.

Não há dados sugestivos de que, quando o segundo estágio do trabalho de parto está progredindo e as condições da mãe e do feto são satisfatórias, esteja justificada a imposição de qualquer limite arbitrário máximo para sua duração. Esses limites devem ser desprezados.

Há alguns dados que apóiam as práticas de proteção do períneo, mas nenhum apóia afirmações de que o uso liberal da episiotomia reduz o risco de traumatismo perineal grave, melhora a cicatrização perineal, evita traumatismo fetal ou reduz o risco de incontinência urinária de esforço após o parto. A episiotomia só deve ser usada para aliviar o sofrimento fetal ou materno, ou para obter progresso adequado quando o períneo é responsável pela ausência de progresso.

## Fontes

*Effective care in pregnancy and childbirth*

**Sleep, J., Roberts, J. and Chalmers, I.,** Care during the second stage of labour.

*Biblioteca Cochrane*

**Carroli, G., Belizan, J. and Stamp, G.,** Episiotomy for vaginal birth.

**Hofmeyr, G.J.,** Tocolysis for preventing fetal distress in second stage of labour.

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

**Nikodem, V.C.,** Immersion in water during pregnancy, labour and birth. Bearing down methods during the second stage of labour [protocol].

*Revisões pré-Cochrane*

**Hay-Smith, J. and Renfrew, M.J.,** Insufflatable abdominal girdle in second stage labour. Review no. 07656.

**Johanson, R.,** Forceps vs spontaneous vaginal delivery. Review no. 07087.

**Nikodem, C.,** Early vs late pushing with epidural anaesthesia in 2nd stage of labour. Review no. 03403.

Sustained (Valsalva) vs exhalatory bearing down in 2nd stage of labour. Review no. 03336.

Lateral tilt vs dorsal position for second stage. Review no. 03402.



Renfrew, M.J., Vacuum extraction compared to normal delivery. Review no. 06517.

*Outras fontes*

Homsí, R., Daikoku, N.H., Littlejohn, J. and Wheeless, C.R. Jr (1994). Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 49, 803–8.

Lede, R., Belizan, J.M. and Carroli G. (1996). Is routine use of episiotomy justified? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 174, 1399–402.

Mascarenhas, T., Eliot, B.W. and Mackenzie, I.Z. (1992). A comparison of perinatal outcome, antenatal and intrapartum care between England and Wales, and France. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 99, 955–8.

McCandlish, R., Bowler, U., van Asten, H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L. *et al.* (1998). A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 105, 1262–72.

Shiono, P., Klebanoff, M.A. and Carey, J.C. (1990). Midline episiotomies: more harm than good? *Obstet. Gynecol.*, 75, 765–70.