

ORIENTAÇÃO

NÚMERO: 002/2023

DATA: 10/05/2023 atualizada a 26/03/2024

ASSUNTO:	Cuidados de saúde durante o trabalho de parto
PALAVRAS-CHAVE:	Gravidez, Trabalho de Parto
PARA:	Profissionais de Saúde do Sistema Nacional de Saúde de hospitais com Serviços/Departamentos de Obstetrícia e Ginecologia, de Neonatologia/ Pediatria e de Anestesiologia.
CONTACTOS:	Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil – secretariado.dsr@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta da Comissão de Acompanhamento da Resposta em Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos (Despacho n.º 7788/2022, de 24 de junho, do Gabinete da Ministra da Saúde), a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte **Orientação**:

1. Os cuidados de saúde durante o trabalho de parto (TP) devem ser assegurados por uma **equipa multidisciplinar**, constituída por Médicos e Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), que prestam cuidados obstétricos no Bloco de Partos. Deve existir uma clara **definição de atividades, tarefas e responsabilidades** dos diferentes intervenientes, tendo em conta as competências legalmente estabelecidas, de acordo com os riscos de saúde individuais de cada parturiente e a necessidade de resposta a cada momento. Deve ser privilegiada a rentabilização dos recursos humanos e o desenvolvimento das competências de toda a equipa de saúde. Os principais objetivos a atingir são a promoção de cuidados de saúde de qualidade, com foco principal na segurança materno-fetal, bem como numa experiência positiva no parto para a grávida e para a família.
2. Considerando os contextos clínicos e as competências legalmente estabelecidas dos diferentes profissionais da equipa multidisciplinar, caberá ao chefe da equipa médica a responsabilidade de gestão de vagas e a decisão última, em caso de discordância, entre os elementos da equipa de saúde.
3. Em todos os TP, devem ser avaliados os riscos de saúde materno-fetal existentes e a situação deve ser classificada em **TP de baixo risco** ou **TP de vigilância acrescida**. Os critérios a usar para a classificação de um TP como de baixo risco encontram-se listados no Anexo I.
4. Todos os **registos clínicos** relativos ao TP (diários médicos, documentação de enfermagem, avaliações de parâmetros clínicos, registos no partograma, analgesia do TP, medicação, avaliação cardiotocográfica, alimentação, acompanhamento, etc.) devem ser realizados num único registo clínico eletrónico comum do Bloco de Partos, por todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao TP, e devem estar facilmente acessíveis a todos os elementos da equipa.

5. O **internamento hospitalar de uma grávida em TP considerado de baixo risco** pode ser realizado por um EEESMO, com conhecimento de um Médico de Obstetrícia e Ginecologia responsável, seguindo as recomendações constantes no presente documento.

6. Sempre que, no decorrer da vigilância do TP de baixo risco, de acordo com todas as recomendações constantes na presente orientação, os EEESMO identificarem o aparecimento de sinais de alerta e de desvios ao padrão normal de evolução do TP, deverão transmitir esta informação a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia. Não obstante a autonomia e responsabilidade dos EEESMO na vigilância do TP de baixo risco, os Médicos de Obstetrícia e Ginecologia poderão sempre interagir com estas parturientes, e determinar, junto com os EEESMO, qual a melhor conduta clínica. Poderão também, a qualquer altura, alterar a classificação para um TP de vigilância acrescida, quando clinicamente justificável.

7. Nas situações identificadas como um **TP de vigilância acrescida**, cabe a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia informar o EEESMO que presta assistência à parturiente sobre os ajustes necessários à vigilância do TP descrita na presente orientação, escrevendo no registo clínico eletrónico comum do Bloco de Partos quais os cuidados adicionais que são necessários e quais os procedimentos que serão realizados por um Médico de Obstetrícia e Ginecologia.

8. Entende-se por “**Responsável pelo parto**” o profissional de saúde que presta a principal assistência à parturiente e ao feto na altura da realização dos esforços expulsivos maternos e do parto, bem como os principais cuidados à mulher no pós-parto imediato (nos termos dos pontos 11 e 12 da presente orientação). Nos partos vaginais instrumentados será sempre um Médico de Obstetrícia e Ginecologia. Quando, na equipa de saúde, existem elementos em formação que necessitem de prática na assistência ao parto eutócico (EEESMO em formação ou Médicos em formação específica de Obstetrícia e Ginecologia), haverá uma articulação entre o Chefe da Equipa Médica de Obstetrícia e Ginecologia e o EEESMO responsável pelo Bloco de Partos, de forma a ser assegurada uma distribuição equitativa, para que estes elementos possam ser corresponsáveis pelo acompanhamento do TP e pela assistência ao parto. Nos registos clínicos hospitalares relativos à assistência ao parto devem ser sempre listados todos os profissionais de saúde que estiveram presentes no momento do parto.

9. CUIDADOS DE SAÚDE NA ALTURA DO INTERNAMENTO HOSPITALAR, APÓS UM DIAGNÓSTICO DE TP

9.1 Cuidados de Enfermagem:

- a) Avaliar a **temperatura timpânica**;
- b) Avaliar a **pressão arterial** (PA) com dispositivo automatizado, no braço esquerdo, com a grávida sentada, pernas descruzadas, cotovelo apoiado, após um período mínimo de 5 minutos sentada. Caso não seja possível a grávida sentar-se, a PA pode avaliar-se com ela deitada em decúbito lateral esquerdo ligeiro com a braçadeira colocada ao nível do coração. A braçadeira deve ser adaptada ao índice de massa corporal materno;

- c) Avaliar a **proteinúria** se PA sistólica ≥ 140 ou PA diastólica ≥ 90 mm Hg (exceto se houver rotura de membranas);
- d) Avaliar a **frequência cardíaca fetal** com doppler portátil, por EEESMO.

9.2 **Cuidados a prestar por EEESMO ou por Médico de Obstetrícia e Ginecologia:**

- a) Avaliar os critérios necessários à **classificação do TP como de baixo risco** (Anexo I). No caso de estarem presentes todos os critérios constantes no anexo I, o internamento hospitalar pode ser realizado por um EEESMO ou por um Médico de Obstetrícia e Ginecologia, com o conhecimento do Médico de Obstetrícia e Ginecologia responsável. A classificação “TP de baixo risco” deve ser claramente assinalada nos registos clínicos do hospital e no registo clínico eletrónico comum do Bloco de Partos. Em caso de dúvida ou de não preenchimento de um ou mais dos critérios, a grávida deverá ser avaliada por um Médico de Obstetrícia e Ginecologia;

9.3 **Cuidados a prestar por Médico de Obstetrícia e Ginecologia:**

- a) As parturientes observadas por um EEESMO que não cumprem os critérios necessários à classificação de um TP como de baixo risco, devem ser sempre avaliadas por um Médico de Obstetrícia e Ginecologia. Este, de acordo com a avaliação efetuada, pode ou não considerar como um **TP de vigilância acrescida**, assinalando essa classificação nos registos clínicos do hospital e no registo clínico eletrónico comum do Bloco de Partos;
- b) Avaliar a necessidade ou não de realizar cardiocotografia (CTG) antes da grávida dar entrada no Bloco de Partos;
- c) Avaliar a necessidade de requisitar à grávida **hemograma, estudo da coagulação com fibrinogénio e tipagem** (recomendado quando há antecedentes de hemorragia pós-parto major, coagulopatia hereditária ou adquirida, útero miomatoso, cesariana anterior, paridade ≥ 5 , gestação múltipla, polihidrâmnios, suspeita de macrosomia fetal, suspeita de corioamnionite, hemoglobina $< 10\text{g/dL}$ ou trombocitopenia nas análises do 3.º trimestre, terapêutica anticoagulante e/ou antiagregante, índice de massa corporal $> 35\text{ kg/m}^2$, pré-eclâmpsia, ou ausência de análises do 3.º trimestre);
- d) Avaliar a necessidade de, para além das análises consideradas no ponto anterior, requisitar reserva de **concentrado de eritrócitos** (recomendado quando há hemorragia vaginal moderada a grave, suspeita de descolamento placentário, placenta prévia, suspeita de acretismo placentário, coagulopatias hereditárias ou adquiridas, fibrinogénio $< 4\text{ g/dL}$ ou plaquetas $< 100 \times 10^9/\text{L}$);
- e) Avaliar a necessidade de requisitar **teste rápido do VIH** (quando não está disponível o resultado da serologia VIH do 3.º trimestre) e **antigénio HBs (Ag HBs)** (quando não está disponível o resultado do Ag HBs do 1.º trimestre ou, nas grávidas não vacinadas, o resultado do Ag HBs do 3.º trimestre);
- f) Solicitar a um **Médico Anestesiologista** a avaliação da parturiente, caso estejam presentes quaisquer das condições listadas no **Anexo II** e não tenha havido uma consulta anestésica recente.

10. CUIDADOS DE SAÚDE NO PRIMEIRO ESTADIO DE UM TP DE BAIXO RISCO

10.1 Cuidados a prestar na fase latente

- a) Nestas situações não se preconiza o internamento hospitalar por rotina, exceto quando esta é considerada a melhor forma de lidar com a dor, ansiedade, dificuldade de acesso ao hospital ou vigilância materno-fetal. Pode também ser considerada a possibilidade de internamento em outros setores do Serviço/Departamento de Obstetrícia e Ginecologia que não o Bloco de Partos;
- b) Consultar o **plano de parto**, caso este exista, e informar a grávida e acompanhante sobre as condições disponíveis e as regras gerais do Bloco de Partos;
- c) **Cateterizar uma veia periférica**, com cateter venoso periférico de 18 ou 20G ^{*1}. Não administrar soros por rotina nesta fase;
- d) Realizar **CTG contínua** externa ^{*1}, preferencialmente com telemetria. Contactar um Médico de Obstetrícia e Ginecologia se ocorrer perda de sinal recorrente que não seja possível corrigir ajustando a sonda Doppler, bem como CTG suspeita/patológica ou taquissístolia uterina;
- e) Avaliar a **temperatura timpânica**, o **pulso radial** e a **PA** de 4 em 4 horas;
- f) **Avaliar a dor** e a capacidade da parturiente lidar com ela, em todas as interações com a grávida. Transmitir informação à parturiente sobre **medidas não-farmacológicas para lidar com a dor** e sobre as **medidas farmacológicas de alívio da dor**. Disponibilizar à parturiente as medidas não-farmacológicas de alívio da dor, se for essa a sua vontade e preferência. Se a parturiente solicitar um método farmacológico de alívio da dor, ou se desejar informações mais pormenorizadas sobre o mesmo, contactar um Médico Anestesiologista. Contactar Médico Anestesiologista também se for necessário otimizar a analgesia farmacológica em curso;
- g) Realizar **exames vaginais** com intervalos adaptados às queixas da parturiente. A não evolução da dilatação e/ou do apagamento do colo do útero num intervalo de 8 horas deve ser comunicada a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia;
- h) **Incentivar e assistir na mobilização** (levantar-se, caminhar, sentar-se na “bola de Pilates”), mesmo após rotura de membranas, desde que a apresentação esteja insinuada no canal do parto;
- i) **Oferecer líquidos claros** (água, chá com ou sem açúcar, sumos sem polpa de fruta), gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, conforme a parturiente desejar, se a evolução do TP e a monitorização fetal forem normais;
- j) **Respeitar a fisiologia do TP**, evitando a amniotomia artificial por rotina e a administração de ocitocina endovenosa em mulheres com início de TP espontâneo e com evolução normal do mesmo;

10.2 Nas grávidas submetidas a analgesia do neuroeixo alteram-se os seguintes cuidados:

- a) Cateterizar veia periférica previamente à abordagem do neuroeixo, e administrar **solução polielectrolítica com glucose a 5%** por via endovenosa, ao ritmo de 125 mL/hora;

^{*1} Este ponto não obteve o consenso da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO).

- b) Administrar medicação **através do cateter epidural**, de acordo com prescrição realizada pelo Médico Anestesiologista;
- c) Avaliar o **pulso radial** e a **PA** com dispositivo automatizado a cada 5 minutos após a administração do bólus epidural, até 20 minutos após o estabelecimento do bloqueio, e posteriormente a cada 15 minutos. Nas situações de “analgesia epidural controlada pela mulher”, avaliar o pulso radial e a PA a cada 5 minutos, nos 10 minutos que se seguem ao bólus horário que a grávida pode realizar;
- d) **Avaliar nível sensitivo e motor do bloqueio** 20 minutos após cada bólus e de hora a hora na perfusão contínua, usando a **escala de Bromage**: 0=Ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés), 1=Bloqueio parcial (capaz de elevar os joelhos), 2=Bloqueio quase completo (apenas capaz de mexer os pés), 3=Bloqueio completo (incapaz de mover os joelhos ou os pés). Contactar Médico Anestesiologista se a escala de *Bromage* for >2;
- e) Registrar **micções da grávida**. Incentivar a micção espontânea. Quando esta não ocorre há mais de 6 horas, avaliar a presença de um globo vesical e, caso este seja volumoso, propor à grávida o esvaziamento vesical com cateter;
- f) **Incentivar e assistir na mobilização** se *Bromage*=0, devendo o primeiro levante após cada bólus ser acompanhado por EEESMO.

10.3 **Cuidados a prestar na fase ativa:**

Mantêm-se os cuidados referidos no ponto anterior, alterando-se apenas os seguintes:

- a) Realizar **exame vaginal de 4/4 horas** se nada ocorrer que justifique exame vaginal imediato (vontade de realizar esforços expulsivos, CTG suspeita/patológica, necessidade de monitorização CTG interna, etc.) e registar no partograma todos os dados recolhidos. A não evolução da dilatação cervical num intervalo de 4 horas deve ser comunicada a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia;
- b) Nas situações em que se verificar perda de sinal recorrente da frequência cardíaca fetal deve ser dado conhecimento a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia; considerar a possibilidade de colocação de um elétrodo fetal para realização de monitorização interna, desde que não existam contra-indicações para este procedimento (herpes genital ativo, seropositividade VIH, seropositividade para hepatite B, C ou D, suspeita de alterações da coagulação fetal, incerteza sobre a apresentação, ou quando a rotura artificial de membrana é desaconselhada pela apresentação não estar insinuada). Contactar um Médico de Obstetrícia e Ginecologia se CTG suspeita/patológica ou taquisistolia uterina.

11. **CUIDADOS DE SAÚDE NO SEGUNDO ESTADIO DE UM TP DE BAIXO RISCO**

11.1 **Cuidados a prestar na fase latente do 2º estadio:**

Mantêm-se os cuidados referidos nos pontos anteriores, alterando-se apenas os seguintes:

- a) Realizar **exame vaginal de 2/2 horas** se nada ocorrer que justifique exame imediato. A não evolução da descida da apresentação num período de 2 horas deverá ser comunicada a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia. A ausência de vontade de realizar esforços expulsivos após

2 horas numa múltipara e 3 horas numa nulípara deve ser comunicada a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia;

- b) Suspender a ingestão de líquidos claros, mantendo a possibilidade de ingestão de água em pequenas quantidades;

11.2 **Cuidados a prestar na fase ativa do 2º estadio** (a efetuar pelo Responsável pelo parto). Mantêm-se os cuidados referidos nos pontos anteriores, alterando-se apenas os seguintes:

- a) A parturiente deve **adotar a posição que preferir**, sob a supervisão do Responsável pelo parto. As instituições de saúde devem criar as condições para que tal seja exequível.
- b) Realizar **exame vaginal a cada 30 minutos** se nada ocorrer que justifique um exame imediato. A não evolução da descida da apresentação num período de 30 minutos ou os esforços expulsivos que ultrapassam os 60 minutos de duração devem ser comunicados a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia;

11.3 **Cuidados a prestar quando a apresentação aflora à vulva:**

- a) Assegurar presença de pelo menos **dois profissionais de saúde** na sala de partos: o responsável pelo parto e o responsável pelos cuidados ao recém-nascido (RN);
- b) Contactar **Neonatologista/Pediatra**, seguindo os critérios expostos no Anexo III, se este não estiver já presente na sala;
- c) Assistir a parturiente a adotar a **posição que escolheu para o parto** (decúbito dorsal, decúbito lateral, semi-sentada, sentada num banco de partos, ou em quatro apoios), assegurada a capacidade de monitorização materno-fetal e de avaliação dos sinais iminentes de laceração perineal, sob a coordenação do Responsável pelo Parto.
- d) Realizar **desinfecção vulvar** com clorexidina a 2%, exceto se houver antecedentes de alergia ^{*2};
- e) **Preparação do Responsável pelo parto** com máscara, touca, bata e luvas esterilizadas;
- f) **Preparação do Responsável pelos cuidados ao RN** com luvas esterilizadas.
- g) Propor a **realização de massagem perineal**, realizada 3-5 vezes, durante cerca de 30 segundos, no intervalo das contrações;
- h) Realizar **proteção perineal** e controlo da descida da apresentação, quando esta última começa a distender a vulva;
- i) Realizar **episiotomia médio-lateral seletiva**, a um ângulo de 60º da fúrcula vaginal, **apenas** quando há a necessidade de abreviar o nascimento por suspeita de hipóxia fetal, quando existem sinais da iminência de uma laceração perineal ^{*3}, ou quando a laceração perineal já se está a iniciar ^{*3};

^{*2} Este ponto não obteve o consenso da APEO nem do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros.

^{*3} Este ponto não obteve o consenso da APEO nem do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros.

11.4 **Cuidados a prestar logo após o parto:**

- a) Administrar imediatamente à puérpera **ocitocina** 10 UI, em bólus endovenoso lento (durante 1-2 minutos) seguido de ocitocina 5 UI diluída em 500 mL de soro fisiológico, administrada em bomba perfusora a 500 ml/hora se a puérpera tiver uma veia patente (caso contrário administrar ocitocina 10 UI intramuscular), a efetuar pelo Enfermeiro responsável pelos cuidados ao RN;
- b) **Aspirar a orofaringe do RN apenas quando há mecónio espesso** ou quando existem muitas secreções e o **RN não tem movimentos respiratórios eficazes ao final do 1.º minuto de vida**. Nestas situações contactar Médico Neonatologista/Pediatra (a efetuar pelo Enfermeiro responsável pelos cuidados ao RN);
- c) Promover o **contacto físico imediato entre a mãe e filho**, junto ao abdómen materno, pele a pele ou por cima de uma proteção, conforme preferência materna (exceto quando o comprimento do cordão não o permite);
- d) **Colher sangue do cordão umbilical** para gasimetria em situações definidas por protocolos institucionais (a efetuar pelo Responsável pelo parto);
- e) Proceder à **laqueação tardia do cordão umbilical** (a efetuar pelo Responsável pelo parto), após terem passado 1-2 minutos do nascimento (se a puérpera solicitar poderá ser após o cordão deixar de pulsar), exceto se: o RN nasce hipotónico ou não tem movimentos respiratórios eficazes, o RN tem uma malformação major, existe a suspeita de uma restrição de crescimento fetal grave, ou ocorreu uma rotura do cordão umbilical. Colocar *Clamp* umbilical descartável a cerca de 3 cm do abdómen fetal, com colocação de pinça de *Kelly* a cerca de 4 cm do abdómen fetal. Realizar a secção do cordão entre os dois (poderá ser realizada pela parturiente ou pelo/a acompanhante, se a primeira manifestar essa vontade);
- f) **Colher sangue do cordão umbilical** para determinação do grupo de sangue em situações definidas por protocolos institucionais, ou para colheita de células estaminais quando é este o desejo da grávida (a efetuar pelo Responsável pelo parto);

11.5 **Quando o RN nasce hipotónico ou não tem movimentos respiratórios eficazes, alteram-se os seguintes cuidados:**

- a) Proceder à **chamada emergente de Médico Neonatologista/Pediatra** (ver **anexo III**);
- b) Realizar **laqueação tripla precoce do cordão umbilical** (*clamp* umbilical descartável a cerca de 3 cm do abdómen fetal, pinça de *Kelly* a cerca de 4 cm do abdómen fetal, pinça de *Kelly* junto à vulva materna), exceto quando existem condições para realizar reanimação do RN com o cordão intacto;
- c) Realizar a **secção imediata** do cordão umbilical;
- d) Proceder à **passagem do RN para a mesa de reanimação**;
- e) Realizar **manobras de reanimação** segundo as recomendações do *European Resuscitation Council*;
- f) **Colher sangue do cordão umbilical para gasimetria** no segmento laqueado entre as duas pinças de *Kelly*.

12. **CUIDADOS À PUÉRPERA NO PÓS-PARTO IMEDIATO DE BAIXO RISCO** (a efetuar pelo Responsável pelo parto):

- a) **Avaliar a perda hemática vaginal**, o **pulso radial** e a **PA**. Contactar um Médico de Obstetrícia e Ginecologia e um Médico Anestesiologista se ocorrer hemorragia vaginal profusa ou persistente, se a puérpera referir sintomas sugestivos de desequilíbrio hemodinâmico ou se forem detetadas alterações dos sinais vitais;
- b) Avaliar se ocorreu **descolamento placentário** por mobilização transabdominal do fundo uterino e proceder à observação da retração do cordão. Contactar um Médico de Obstetrícia e Ginecologia se 30 minutos após o parto ainda não ocorreu descolamento placentário;
- c) Após confirmar o descolamento placentário, realizar **extração placentária** por tração controlada do cordão umbilical conjugada com esforços expulsivos maternos e, se necessário, massagem uterina externa;
- d) **Avaliar macroscopicamente a placenta**: inserção e número de vasos do cordão, comprimento do cordão, peso, inspeção da face materna e face fetal. Contactar um Médico de Obstetrícia e Ginecologia se não estiverem presentes todos os cotilédones na face materna, ou se forem identificados vasos seccionados no bordo placentário, na face fetal;
- e) Avaliar o **estado de contratatura uterina** pós-parto. Contactar um Médico de Obstetrícia e Ginecologia se o útero não estiver em estado de contratatura sustentada, ou se descontrair duas ou mais vezes;
- f) Avaliar a **integridade vulvar e perineal**. Efetuar **sutura de lacerações** do 1.º grau apenas quando há hemorragia ativa ou distorção anatómica relevante (ver adiante). Proceder à avaliação sistemática da integridade de toda a circunferência do **esfíncter anal** (interno e externo). Contactar um Médico de Obstetrícia e Ginecologia se houver suspeita de laceração de 3.º ou 4.º graus;
- g) **Realizar exame vaginal** sistemático para confirmar inexistência de compressas;
- h) **Proceder à limpeza da vulva e períneo** com soro fisiológico;

12.1 **Se houver lugar a episiorrafia ou a correção de lacerações perineais** alteram-se os seguintes cuidados: (a realizar pelo Responsável pelo parto; as correções das lacerações de 3.º e 4.º graus são sempre realizadas por um Médico de Obstetrícia e Ginecologia)

- a) Assistir a puérpera a colocar-se em **posição de litotomia**, com os membros inferiores apoiados em pernas ou apoio de pés;
- b) Colocar **proteção esterilizada** por baixo do períneo;
- c) Realizar **desinfecção vulvar e perineal** com clorexidina a 2%, exceto se houver antecedentes de alergia;
- d) Substituir as luvas esterilizadas;
- e) Proceder a **episiorrafia/correção de laceração perineal** segundo protocolos institucionais;
- f) Realizar **desinfecção vulvar e perineal** com clorexidina a 2%, exceto se houver antecedentes de alergia.

13. **CUIDADOS IMEDIATOS AO RECÉM-NASCIDO** (a realizar pelo Enfermeiro responsável pelos cuidados ao RN, salvo indicação em contrário por Médico Neonatologista/Pediatra):

- a) **Registar a hora do nascimento** (expulsão completa do corpo fetal);
- b) Avaliar o **Índice de Apgar ao 1.º, 5.º e 10.º minutos**;
- c) Usar água morna, se necessário, para remover sangue ou mecónio da face e cabeça. Não remover o *vernix caseoso* do corpo;
- d) Se a mãe for **seropositiva para VIH**, usar sempre água morna corrente para remover o sangue e mecónio de todo o corpo do RN, mas não o *vernix caseoso*;
- e) Sempre que houver condições de segurança (ver Anexo IV) e concordância da mãe, colocar o RN em **contacto pele com pele** durante pelo menos uma hora, sempre que possível contínuo: colocar o RN em decúbito ventral, em contacto direto e simétrico dos ombros e tórax com o peito da mãe, que deverá ter o tronco ligeiramente elevado; o RN deve ter os membros inferiores em flexão e a cabeça rodada para a face da mãe ou do acompanhante; a face, nariz e boca do RN devem estar sempre destapados, bem visíveis e não ocluídos, para melhor vigilância; o RN deve ser coberto por um lençol aquecido e ter um gorro colocado (para evitar a perda de calor); assegurar que o RN mantém a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus, vitalidade e resposta aos estímulos adequados; avaliar também o risco de queda, o estado de consciência e a capacidade de atenção da mãe. Solicitar a colaboração do/a acompanhante na vigilância constante da mãe e do RN;
- f) Incentivar e assistir na **amamentação** (exceto quando contraindicada), respeitando a opção materna, logo que o RN evidencie espontaneamente comportamento de abocanhar o mamilo;

13.1 **Ao final da primeira hora de vida, ou antes, se o RN não permanecer junto da mãe:**

- a) Avaliar o **peso** do RN;
- b) Administrar **vitamina K**, 1 mg intramuscular na coxa esquerda do RN;
- c) **Identificar o RN com pulseira** eletrónica e/ou de plástico;
- d) Realizar profilaxia da infeção ocular, de acordo com protocolo institucional.

14. **VIGILÂNCIA DA PUÉRPERA E DO RECÉM-NASCIDO NAS PRIMEIRAS DUAS HORAS APÓS O PARTO** (a efetuar por EEESMO):

- a) **Avaliar a perda hemática vaginal**, o **pulso radial**, a **PA** e o **estado de contratura uterina** a cada **15 minutos**, ou mais frequentemente se a puérpera referir perda hemática abundante ou sintomas sugestivos de desequilíbrio hemodinâmico. Contactar um Médico de Obstetrícia e Ginecologia e um Médico Anestesiologista e se o útero não estiver contraído, se descontraír duas ou mais vezes, se houver hemorragia genital profusa ou persistente, se a puérpera referir sintomas sugestivos de desequilíbrio hemodinâmico ou se forem detetadas alterações dos sinais vitais;
- b) Assegurar **restrição da alimentação** até às 2 horas pós-parto;
- c) Avaliar a **primeira mamada**, a **ligação mãe-filho** e **pai-filho**. Reportar qualquer suspeita ou desvio da normalidade aos profissionais relevantes;

- d) **Observar o RN** a cada 15 minutos, durante a primeira hora de vida. Contactar Médico Neonatologista/Pediatra se existir gemido ou outros sinais de dificuldade respiratória (ver **anexo III**);
- e) Preencher os registos hospitalares e o boletim de grávida relativamente ao parto e ao RN, incluindo a notícia de nascimento digital.

15. **CUIDADOS À PUÉRPERA ANTES DA TRANSFERÊNCIA DE SERVIÇO**

- a) Avaliar o **estado de contratura uterina** pós-parto;
- b) Avaliar a **perda hemática vaginal**;
- c) Oferecer **alimentação sólida**, se a puérpera o pretender;

15.1 **Após terminar a alimentação:**

- a) Remover o cateter venoso periférico, se a situação clínica for estável, se a dor for apenas ligeira e não estiverem prescritos medicamentos por via endovenosa;
- b) Remover o cateter epidural, se não houver indicação em contrário pelo Médico de Anestesiologia e se a dor for igual ou inferior a 3 na escala numérica da dor. Caso contrário, contactar um Médico de Anestesiologia antes de retirar o cateter epidural;
- c) Contactar o sector do puerpério antes da transferência.

Rita Sá Machado
Diretora-Geral da Saúde

INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR

DEFINIÇÕES

Define-se **fase latente do 1º estadio do TP** como o intervalo que decorre desde o início das contrações uterinas rítmicas e os 5 cm de dilatação (exclusive).

Define-se **fase ativa do 1º estadio do TP** como o intervalo que decorre entre a dilatação cervical ≥ 5 cm com apagamento/extinção $\geq 80\%$ e a dilatação completa.

Define-se **fase latente do 2º estadio do TP** como o intervalo que decorre entre o momento em que é detetada dilatação cervical completa e o momento em que se iniciam os esforços expulsivos maternos.

Define-se **fase ativa do 2º estadio do TP** como o intervalo que decorre entre o início dos esforços expulsivos maternos e o nascimento completo do feto.

FUNDAMENTO

A presente orientação pretende uniformizar os cuidados de saúde hospitalares prestados durante o TP, de acordo com aquelas que são, atualmente, consideradas internacionalmente as melhores práticas de saúde nesta área, baseadas na evidência científica disponível. A presente orientação pretende também clarificar o papel dos vários profissionais de saúde intervenientes no TP, de forma a identificar tarefas, autonomias e responsabilidades, promovendo a partilha de um modelo de cuidados comum que favoreça o verdadeiro trabalho de equipa, a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Podem ser necessários cuidados diferentes ou adicionais em situações de maior risco materno-fetal ou em que existe uma inadequada evolução do TP. O conteúdo da presente Orientação será atualizado sempre que a evidência científica assim o justifique.

AVALIAÇÃO

A avaliação da implementação da presente Orientação deve ser contínua e executada através das Direções Clínicas Hospitalares e das Direções dos Serviços de Obstetrícia e Ginecologia.

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Diogo Ayres de Campos (Coordenador da Comissão de Acompanhamento da Resposta em Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos); Daniel Virella (Secção de Neonatologia do Colégio da Especialidade de Pediatria da Ordem dos Médicos); Joana Mourão (Colégio da Especialidade de Anestesiologia da Ordem dos Médicos); Jorge Lima, Cristina Guerreiro, Maria do Céu Almeida (Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos); Alexandrina Ramos Cardoso, Irene Cerejeira (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Ordem dos Enfermeiros); Nuno Clode (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal); Vítor Varela, Isabel Ferreira (Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras); Carmen Carvalho e Gabriela Mimoso (Sociedade Portuguesa de Neonatologia); Susana Santo e Dina Oliveira (Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde).

BIBLIOGRAFIA:

1. National Institute of Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies. December, 2014.
2. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, et al. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev 2013;(8):CD003934.
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev 2012;(5):CD002006.
4. Jiang H, Qian X, Carroli G, et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2017;2:CD000081.
5. International Federation of Gynecology and Obstetrics. International Confederation of Midwives. White Ribbon Alliance. International Pediatric Association. World Health Organization. Mother-baby_friendly_birthing_facilities. Int J Gynaecol Obstet 2015;128:95-9.
6. Sleutel M, Golden SS. Fasting in labor: relic or requirement. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1999;28:507.
7. Practice Guidelines for Obstetrical Anesthesia: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia. Anesthesiology 1999;90:600-11.
8. Madar J, Roehr CC, Ainsworth S, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. Resuscitation 2021;161:291-326.
9. Consenso Clínico “Prevenção do colapso súbito pós-natal na sala de partos”. Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2020; disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2021/03/Consenso-Colapso-2020.pdf>
10. Svensson KE, Velandia MI, Matthiesen A-ST, et al. Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. Int Breastfeed J 2013;8:1.
11. Bartick M, Feldman-Winter L. Skin-to-skin care cannot be blamed for increase in suffocation deaths. J Pediatr 2018; 200:296-7.
12. Ludington-Hoe SM, Morgan K. Infant assessment and reduction of sudden unexpected postnatal collapse risk during skin-to-skin contact. Newborn Infant Nurs Rev 2014; 14:28-33.
13. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev 2016; 11: CD003519.
14. Aquino CI, Guida M, Saccone G, et al. Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020; 33:1051-63.
15. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.

ANEXO I – CRITÉRIOS NECESSÁRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE UM TRABALHO DE PARTO COMO DE BAIXO RISCO (os critérios devem estar todos presentes)

- Trabalho de parto de início espontâneo;
- Gestação unifetal, de termo (37⁺⁰ a 41⁺⁶ semanas), apresentação cefálica de vértice;
- Frequência e ritmicidade normais das contrações uterinas;
- Paridade <5;
- Índice de massa corporal <35 kg/m²;
- Ausência de doença materna grave;
- Ausência de diabetes, pré-eclampsia, polihidrâmnio, descolamento da placenta, placenta prévia, acretismo placentário, coagulopatias hereditárias ou adquiridas;
- Ausência de medicação na gravidez (exceto vitaminas, oligoelementos, antieméticos, antipiréticos);
- Análises do 3º trimestre sem anemia (hemoglobina ≥11 g/dL) ou trombocitopenia (plaquetas ≥100,000 µL (ou microL ou 10⁹/L); serologias VIH e Ag HBs negativas;
- Sem antecedentes de distócia de ombros, hemorragia pós-parto major, alergia medicamentosa, ou complicações anestésicas prévias;
- Sem hemorragia vaginal recente;
- Crescimento fetal normal (última ecografia do 3º trimestre com estimativa de peso fetal entre o percentil 10 e 90), volume de líquido amniótico e fluxometria Doppler fetal normais;
- Ausência de malformação fetal major
- Traçados cardiotocográficos anteparto normais (se tiverem sido realizados);
- Movimentos fetais normais;
- Sem mecónio espesso ou recente no líquido amniótico;
- Ausência de cicatrizes uterinas;
- Ausência de útero miomatoso;
- Sem rotura de membranas com >24 horas de duração;
- Temperatura axilar <38°C, PA sistólica <140 mm Hg, PA diastólica <90 mm Hg;
- Frequência cardíaca fetal claramente audível e dentro de valores normais.

ANEXO II - CRITÉRIOS PARA PEDIR AVALIAÇÃO POR ANESTESIOLOGIA NA ADMISSÃO AO BLOCO DE PARTOS (se não tiver sido previamente realizada recentemente)

- Doença cardiovascular (hipertensão mal controlada, cardiopatia relevante, arritmias não corrigidas);
- Doença pulmonar (hipertensão pulmonar, insuficiência respiratória);
- Doença renal (insuficiência renal, transplante renal);
- Doença neurológica (central ou periférica);
- Doença endocrinológica (diabetes com mau controlo glicémico, disfunção tiroideia não controlada, feocromocitoma);
- Doença hematológica (hemoglobina <9g/dL, plaquetas <100 × 10⁹/L, coagulopatia);
- Doença neoplásica (atual ou passada);
- História de alergia a fármacos anestésicos;
- Complicações anestésicas prévias;
- Alterações anatómicas que façam prever complicações anestésicas (índice de massa corporal >35 Kg/m², antecedentes de via aérea difícil, alterações marcadas na coluna).

ANEXO III - CRITÉRIOS PARA SOLICITAR PRESENÇA DE NEONATOLOGIA/PEDIATRA

Chamada emergente

- Recém-nascido que nasce hipotónico e não exhibe movimentos respiratórios ou estes não são eficazes;
- Distócia de ombros;
- Prolapso do cordão umbilical;
- Paragem cardiorrespiratória materna.

Chamada para estar presente na altura do parto

- Parto instrumentado;
- Cesariana;
- Parto gemelar;
- Parto pélvico;
- Suspeita de hipoxia fetal anteparto ou intraparto;
- Suspeita de restrição de crescimento fetal;
- Suspeita de corioamnionite;
- Presença de mecónio espesso no líquido amniótico;
- Gestação com < 37⁺⁰ semanas;
- Diagnóstico pré-natal de malformação fetal major.

Chamada não-emergente após o nascimento

- Recém-nascido com gemido, cianose, adejo nasal ou tiragem/taquipneia;
- Recém-nascido com malformações.

ANEXO IV – CRITÉRIOS DE SEGURANÇA PARA IMPLEMENTAÇÃO DO CONTACTO PELE COM PELE

O contacto pele com pele é recomendado a todas as mães e RN, Independentemente do tipo de parto, desde que se **cumpram todos os seguintes critérios:**

- Recém-nascido com índice de Apgar ao 5º minuto ≥ 8 ;
- Recém-nascido com respiração regular e sem sinais de dificuldade respiratória;
- Recém-nascido com tónus adequado;
- Recém-nascido com pele rosada (podendo ter acrocianose);
- Mãe desperta e clinicamente estável;
- Possibilidade de vigilância contínua da mãe e recém-nascido por acompanhante supervisionado por profissional de saúde.