Internato 2026

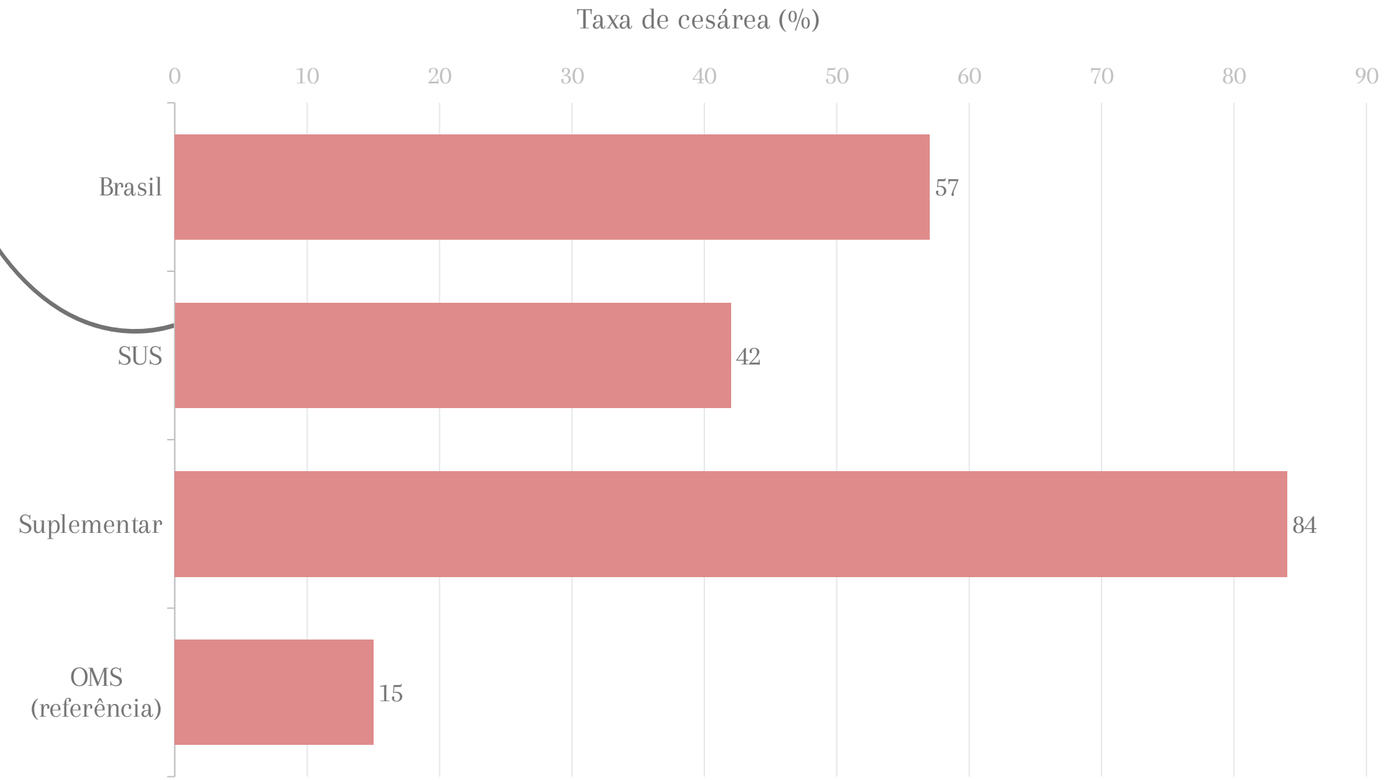
Parto e trabalho de parto

Luis Paulo Zica

Principais objetivos:

1. Mecanismo de parto e as fases do trabalho de parto (OMS 2018)
2. Partograma: o que é lento, o que é parado e o que é normal
3. Indução: Bishop, misoprostol, ocitocina e sonda de Foley
4. Distocias, fórcipe, vácuo e as indicações reais de cesárea
5. Distocia de ombro e manejo ativo do 3º período

EPIDEMIOLOGIA | COMO O BRASIL PARE



57%

dos nascimentos no Brasil são por cesárea (Sinasc 2023) — a OMS considera que acima de 10–15% não há ganho em mortalidade

84%

de cesáreas na saúde suplementar, contra 42% no SUS: a via de parto depende mais do convênio do que da indicação

1 em 4

cesáreas é feita antes do trabalho de parto, com 37–38 semanas — prematuridade tardia iatrogênica

Fontes: Sinasc/MS 2023; ANS, Projeto Parto Adequado; OMS, Declaração sobre taxas de cesárea 2015; Leal MC et al., Cad Saúde Pública 2014 (Nascer no Brasil).

Fases do trabalho de parto

Diagnóstico, fase latente, fase ativa e o partograma da OMS



CASO 1| É TRABALHO DE PARTO?

Juliana, 24 anos, primigesta, 39 semanas e 3 dias.

Chega à maternidade às 2 h da manhã com contrações dolorosas há 10 horas, 'de 10 em 10 minutos', sem perda de líquido nem sangramento. Dormiu mal, não comeu, está exausta e chorando.
Pré-natal sem intercorrências. Feto cefálico, BCF 140, dinâmica uterina: 2 contrações fracas em 10 min.
Toque: colo medianizado, 60% apagado, 3 cm, bolsa íntegra, apresentação alta.
O plantonista anterior já tinha examinado às 20 h: 2 cm. A acompanhante pergunta se 'não dá para fazer um soro para acelerar' e a paciente pede cesárea 'porque não aguenta mais'.



Ela está em fase latente ou ativa? Interna? Ocitocina? O que oferecer?

TRABALHO DE PARTO | DEFINIÇÕES (OMS 2018)

Diagnóstico

Contrações regulares e dolorosas (≥ 2 em 10 min, 30–40 s) + modificação cervical progressiva.
Fase latente: colo < 5 cm, contrações irregulares; dura até 20 h na nulípara e 14 h na multípara e NÃO define distocia.
Fase ativa: ≥ 5 cm (OMS 2018; antes era 4 cm), dilatação acelera, contrações 3–5/10 min.

Velocidade esperada

A antiga regra de 1 cm/h (Friedman) não vale mais: muitas nulíparas normais dilatam < 1 cm/h até 6 cm (Zhang 2010).
Nulípara: fase ativa até 12 h
Multípara: até 10 h
2º período: até 3 h na nulípara (4 h com analgesia) e 2 h na multípara (3 h com analgesia).

O que não fazer

Internar na fase latente (aumenta ocitocina, analgesia precoce e cesárea).
Amniotomia e ocitocina de rotina para 'acelerar' um trabalho de parto normal.
Toque vaginal mais que a cada 4 h na fase ativa (sem indicação).
Jejum, tricotomia, enema, posição litotômica obrigatória, Kristeller.

Fontes: OMS, Recomendações para cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva, 2018; Zhang J et al., Obstet Gynecol 2010; MS, Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017).

PARTOGRAMA | COMO LER E DECIDIR

Abrir o partograma na fase ativa (≥ 5 cm)

Registrar a cada 30 min: BCF, contrações; a cada 4 h: dilatação, descida, PA, temperatura

Linha de alerta (1 cm/h a partir de 5 cm) e linha de ação 4 h à direita — ferramenta de triagem, não diagnóstico

OMS 2020 (Labour Care Guide): limites por centímetro, sem linha única — 5→6 cm até 6 h; 6→7 até 5 h; 7→8 até 3 h; 8→9 até 2,5 h; 9→10 até 2 h

FASE ATIVA PROLONGADA: dilatação < 1 cm/h ou abaixo do limite → avaliar as 3 P: Potência (dinâmica), Passagem (bacia), Passageiro (apresentação, variedade)

Contrações insuficientes → amniotomia e ocitocina. Reavaliar em 2–4 h. Progrediu: seguir. Não progrediu com dinâmica adequada ≥ 4 h → cesárea por falha de progressão

PARADA DE PROGRESSÃO (ACOG/SMFM 2014): ≥ 6 cm, bolsa rota, sem mudança por ≥ 4 h com dinâmica adequada ou ≥ 6 h com ocitocina e dinâmica inadequada

2º PERÍODO: parada se nulípara ≥ 3 h (4 h com analgesia) ou multípara ≥ 2 h (3 h) sem descida/rotação com puxos eficazes. Puxo espontâneo; só dirigir puxos após 1–2 h de espera com analgesia

Fontes: OMS, Labour Care Guide 2020; ACOG/SMFM Obstetric Care Consensus 1 — Safe prevention of the primary cesarean delivery (2014, reafirmado 2019); MS 2017.

MECANISMO DE PARTO | OS TEMPOS

Insinuação maior diâmetro da apresentação passa o estreito superior; plano 0 de De Lee = espinhas isquiáticas. Primigesta: nas últimas semanas; multípara: no trabalho de parto.

Descida e flexão cabeça fletida (occipito-bregmático 9,5 cm); a deflexão aumenta o diâmetro — bregma 12 cm, fronte 13,5 cm (impossível), face 9,5 cm.

Rotação interna o occipito roda para o púbis: 45° nas anteriores, 90° nas transversas, 135° nas posteriores — por isso as posteriores demoram.

Desprendimento deflexão da cabeça apoiada no subpúbis; rotação externa; ombro anterior sob o púbis, posterior pelo períneo.

Variedades OEA é a mais comum (~60%). Occipito-posterior persistente (5%): parto mais longo, mais lacerações e fórcipe; a maioria roda espontaneamente.

Bacia ginecoide (50%) é a ideal; androide dificulta a rotação; antropoide favorece OP; platipeloide, transversa.



Fontes: Rezende Obstetrícia, 14ª ed.; Williams Obstetrics, 26ª ed.; Zugaib Obstetrícia, 4ª ed.

CASO 1 | RESOLUÇÃO

Fase latente prolongada — e isso não é distocia.

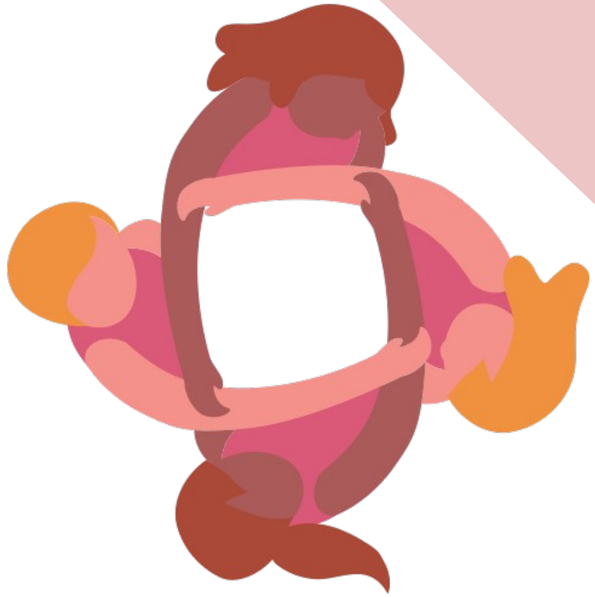
3 cm, 60% apagado, 2 contrações fracas em 10 min: fase latente. Pela OMS, ela pode durar 20 h na nulípara. Internar agora seria abrir a porta para ocitocina, analgesia precoce e cesárea sem indicação.

Conduta: não internar (ou internar em alojamento sem partograma, se morar longe). Orientar alimentação leve, hidratação, banho morno, deambulação, repouso. Métodos não farmacológicos; se exaustão, analgésico simples ou, no hospital, analgesia farmacológica pode ser oferecida — a OMS não restringe por dilatação.

Ocitocina? Não. Não há falha de progressão na fase latente. 'Soro para acelerar' aumenta hiperestimulação e sofrimento fetal sem encurtar o parto normal.

Cesárea a pedido? Acolher o medo e a exaustão — são reais. Explicar que a fase latente é a mais longa e que há recursos para dor. Se após informação completa mantiver o pedido, o CFM (Resolução 2.284/2020) permite a cesárea a pedido a partir de 39 semanas, com termo de consentimento. Ela tem 39s3d.

Retorno: contrações a cada 3–5 min por 1 h, perda de líquido, sangramento, menos movimentos. Reavaliar em 4–6 h se permanecer.



Fase latente: até 20 h

Fase ativa: ≥ 5 cm

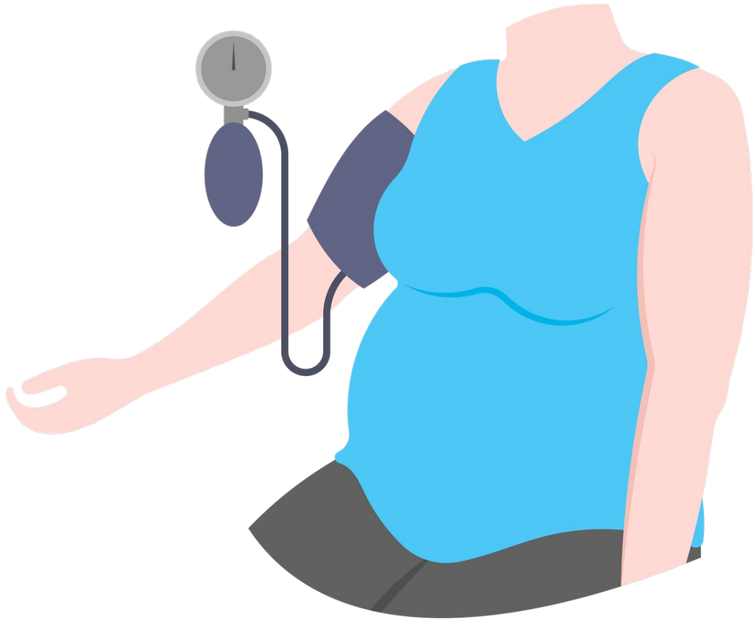
Sem ocitocina

Analgesia não depende do cm

Fontes: OMS 2018; CFM, Resolução 2.284/2020; MS, Diretrizes de Parto Normal 2017.

Indução do parto

Quando, como e com quê — e quando não induzir



INDUÇÃO | INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

Indicar	Quando	Não induzir (= cesárea ou aguardar)
Pós-datismo	41 semanas (41^{0} a 41^{6}) — reduz óbito perinatal e não aumenta cesárea (ARRIVE: 39 sem também é aceitável em nulípara de baixo risco)	Placenta prévia, vasa prévia, acretismo
Rotura de membranas a termo	Indução em até 24 h (muitos serviços: 6–12 h); GBS positivo: imediata com antibiótico	Apresentação córmica, pélvica (salvo versão) ou fronte/face mento-posterior
Hipertensão	Hipertensão gestacional e PE sem gravidade a 37 sem (HYPITAT); crônica controlada 38–39	Cesárea corporal ou ≥ 2 cesáreas prévias, miomectomia com entrada na cavidade, rotura prévia
Diabetes	DMG com insulina 39–39^{6}; dieta 40–40^{6}; mal controlada 37–38^{6}	Herpes genital ativo; HIV com carga viral > 1.000
Restrição de crescimento / oligoâmnio	Conforme Doppler (RCF estágio I: 37 sem); oligoâmnio isolado a termo	Sofrimento fetal agudo (CTG categoria III): parto imediato pela via mais rápida
Corioamnionite, óbito fetal, colestase	Imediata; colestase grave (ácidos biliares ≥ 100) 36 sem	Desproporção cefalopélvica evidente, tumor prévio

Fontes: ACOG Practice Bulletin 107 (2009, reafirmado 2020); Grobman WA et al., NEJM 2018 (ARRIVE); Middleton P, Cochrane 2020; FEBRASGO, Indução do parto (2018).

INDUÇÃO | O MÉTODO DEPENDE DO COLO

Índice de Bishop

Dilatação, apagamento, altura, consistência e posição do colo: 0 a 13.

≤ 6: colo desfavorável → preparo cervical (misoprostol ou Foley)

≥ 7–8: colo favorável → ocitocina ± amniotomia

Bishop simplificado (dilatação, apagamento, altura) tem o mesmo desempenho.

Preparo cervical

Misoprostol: 25 µg vaginal a cada 6 h (até 6 doses) ou 25 µg VO 2/2 h. Nunca 200 µg. Contraindicado com cesárea prévia (rotura 2–6%) e com dinâmica presente

Sonda de Foley: balão 30–80 mL transcervical por até 12–24 h; eficácia igual, menos taquissistolia; pode usar com cesárea prévia; associar à ocitocina após 6 h acelera

Dinoprostona: cara, pouco disponível; mesma eficácia.

Ocitocina

Só com colo favorável; esperar 4–6 h após o último misoprostol.

Infusão: 5 UI em 500 mL (10 mUI/mL); iniciar 2 mUI/min, dobrar a cada 30–40 min até dinâmica adequada; máximo 32–40 mUI/min.

Taquissistolia (> 5 contrações/10 min): reduzir ou suspender; com alteração do BCF: suspender, decúbito lateral, O_2, terbutalina 0,25 mg SC.

Amniotomia só na fase ativa, apresentação apoiada.

Fontes: Bishop EH, Obstet Gynecol 1964; ACOG 107; WHO Recommendations: Induction of labour at or beyond term 2022; Alfirevic Z, Cochrane 2014 (misoprostol oral); FEBRASGO 2018.

PARTO VAGINAL APÓS CESÁREA (VBAC)

Quem pode uma cesárea segmentar transversa prévia, sem outra cicatriz uterina, em serviço com cesárea de emergência em 30 min. Duas cesáreas: discutível.

Sucesso 60–80%; maior se já teve parto vaginal (85–90%) ou trabalho de parto espontâneo. Menor com obesidade, indução, > 40 semanas, cesárea prévia por falha de progressão.

Risco de rotura 0,5–0,9% espontâneo; 1–1,5% com ocitocina; 2–6% com misoprostol → contraindicado. Foley e ocitocina com cautela.

Sinais de rotura bradicardia fetal súbita (70%), dor entre contrações apesar da analgesia, sangramento, perda da apresentação, hematúria — laparotomia imediata.

Cesárea repetida não é inócua: acretismo e prévia sobem a cada cesárea. Decisão compartilhada e documentada.

Monitorização CTG contínua; peridural não é contraindicada nem mascara a rotura.



Fontes: ACOG Practice Bulletin 205 — Vaginal Birth After Cesarean Delivery (2019); RCOG Green-top 45 (2015); Landon MB et al., NEJM 2004.

Distocias e parto operatório

Quando ajudar, com que instrumento — e quando operar



CASO 2| 'NÃO DESCE'

Patrícia, 31 anos, G2P1 (parto vaginal há 4 anos), 40 semanas.

Em trabalho de parto espontâneo, evoluiu bem até a dilatação completa com analgesia peridural. Está há 2 h e 30 min no 2º período, puxando há 1 h, sem descida nos últimos 60 min.

Dinâmica: 4 contrações em 10 min, boas. BCF 135, variabilidade moderada, desacelerações variáveis leves no puxo. Membranas rotas, líquido claro.

Toque: dilatação total, apresentação cefálica no plano +1 de De Lee, variedade OET (occipito-esquerda-transversa), bossa serossanguínea moderada, sutura sagital palpável. Bacia clinicamente adequada. Peso fetal estimado 3.500 g.



É parada de progressão? Fórcipe, vácuo ou cesárea? Em que plano cabe instrumento?

PARTO INSTRUMENTAL | PRÉ-REQUISITOS

Antes de aplicar

Dilatação completa e membranas rotas.
Apresentação cefálica insinuada: cabeça no plano 0 ou abaixo — instrumento só a partir do plano +2 (baixo) ou 0 a +2 (médio, só operador experiente); fórcipe alto não existe mais.
Variedade de posição conhecida (toque, ou USG se bossa).
Bexiga vazia, analgesia adequada, bacia proporcional, consentimento, pediatra presente, plano B (cesárea) disponível.

Fórcipe

Simpson: cabeça moldada, variedades anteriores
Kielland: rotação (transversas e posteriores), sem curvatura pélvica
Piper: cabeça derradeira no pélvico
Pegada biparietomalomentoniana; tração no eixo da bacia (Pajot), durante a contração e o puxo. Mais lacerações de 3º/4º grau que o vácuo; menos falha e menos céfalo-hematoma.

Vácuo-extrator

Campânula sobre o ponto de flexão (3 cm à frente da fontanela posterior, na sutura sagital).
Pressão 500–600 mmHg; tração só na contração; máximo 3 trações / 20 min / 2 desprendimentos da campânula.
Contraindicado < 34 semanas, deflexão, suspeita de coagulopatia fetal.
Mais céfalo-hematoma e hemorragia subgaleal; menos trauma materno.
Mesma indicação: o melhor instrumento é o que o operador domina.

Fontes: ACOG Practice Bulletin 219 — Operative Vaginal Birth (2020); RCOG Green-top 26 (2020); FEBRASGO, Parto instrumental (2021).

INDICAÇÕES DE CESÁREA | O QUE É ABSOLUTO E O QUE NÃO É

Absolutas (ou quase)	Relativas — depende do contexto	Não são indicação
Placenta prévia total / vasa prévia / acretismo Apresentação córmica: pélvico sem equipe treinada (Term Breech Trial) Prolapso de cordão com feto vivo DPP com feto vivo e parto não iminente Herpes genital ativo: HIV com CV › 1.000 ou desconhecida Rotura uterina: **≥** 2 cesáreas/cesárea corporal Sofrimento fetal agudo sem condição de parto vaginal imediato	Falha de progressão documentada (critérios do slide do partograma) Falha de indução: ≥ 24 h de ocitocina com bolsa rota sem fase ativa Macrossomia ≥ 4.500 g (≥ 4.000–4.250 em diabética) Gemelar com 1º não cefálico; monoamniótico Cardiopatia materna grave, descolamento de retina — por indicação do especialista Cesárea a pedido ≥ 39 sem após aconselhamento (CFM 2.284/2020)	Circular de cordão ao ultrassom Oligoâmnio isolado com vitalidade normal (induzir) Cesárea prévia única segmentar Pós-datismo (induzir) Pré-eclâmpsia sem sofrimento fetal (induzir) Diabetes bem controlada com feto < 4.000 g Laqueadura ('aproveitar a cesárea') 'Bacia estreita' sem prova de trabalho de parto

Fontes: ACOG/SMFM Consensus 1 (2014); Hannah ME et al., Lancet 2000 (Term Breech Trial); MS, Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana (CONITEC 2016); CFM 2.284/2020.

CASO 2 | RESOLUÇÃO

Segundo período prolongado por transversa persistente — ainda não é parada de progressão. mas está na hora de agir.

Multípara com analgesia tem até 3 h; está em 2 h 30, sem descida há 1 h, dinâmica boa, feto bem. A causa é a rotação incompleta (OET), não a potência.

Primeiro: mudar de posição (lateral, quatro apoios), esvaziar bexiga, ajustar analgesia, puxo dirigido. Reavaliar em 30 min — muitas OET rodam.

Se não rodar: plano +1 com bossa = parto médio, só para experiente. Rotação manual (sucesso 70–90%) + Simpson ou vácuo; Kielland em mãos treinadas; ou cesárea.

Vácuo ou fórcipe? Com bossa e transversa, o vácuo falha mais; o fórcipe rotacional exige treino. Sem ele, cesárea no 2º período — mais difícil tecnicamente (cabeça impactada).

Não fazer: Kristeller; esperar além de 3 h sem plano; instrumento 'para ver' sem cesárea disponível em minutos.



Multípara + analgesia: 3 h

OET: rotação manual primeiro

Instrumento ≥ plano +2 ou expert

Sem Kristeller

Fontes: ACOG 219 (2020); Shaffer BL et al., AJOG 2011 (rotação manual); RCOG 26.

CASO 3| A CABEÇA SAIU E PAROU

Rosa, 36 anos, G3P2, 40 semanas, diabética gestacional em uso de insulina.

Parto vaginal com puxos eficazes. Após o desprendimento do polo cefálico, a cabeça retrai contra o períneo ('sinal da tartaruga'); a tração axial habitual não libera o ombro anterior.
Peso fetal estimado 4.300 g. Mãe com IMC 36. Você está sozinho com a enfermeira; o pediatra foi chamado.
Já se passaram 30 segundos.



Qual a sequência de manobras? Quanto tempo você tem? O que nunca se faz?

DISTOCIA DE OMBRO | HELPERR

H — Help: chamar ajuda (obstetra, anestesista, pediatra), marcar o tempo, parar os puxos

E — Evaluate for episiotomy: não resolve a distocia (óssea), só se precisar de espaço para manobras internas

L — Legs: McRoberts — hiperflexão das coxas sobre o abdome (resolve 40%; com pressão suprapúbica, 50–60%)

P — Pressure: pressão suprapúbica contínua ou intermitente, atrás do ombro anterior, para aduzi-lo (NUNCA pressão fúndica)

E — Enter: manobras internas — Rubin II (empurrar o ombro anterior para o tórax), Woods (girar o posterior), Rubin II + Woods reverso

R — Remove the posterior arm: braço posterior — mão na face anterior do antebraço, varrer sobre o tórax (sucesso > 80%)

R — Roll: Gaskin (quatro apoios) — útil sem analgesia; repetir o ciclo

ÚLTIMOS RECURSOS: Zavanelli (recolocar a cabeça e cesárea), sinfisiotomia, fratura intencional da clavícula — raros, documentar tudo

TEMPO: cada manobra 30–60 s; a maioria resolve em 4–5 min. Risco de lesão hipóxica cresce a partir de 5 min cabeça-corpo. Documentar: hora da cabeça, hora do corpo, sequência de manobras, qual ombro anterior, Apgar, gasometria.

Prevenção: cesárea só se PFE ≥ 4.500 g (≥ 4.000–4.250 g em diabética). Distocia de ombro prévia: discutir cesárea. Não há como prever a maioria.

Fontes: ACOG Practice Bulletin 178 — Shoulder Dystocia (2017); RCOG Green-top 42 (2012); ALSO (HELPERR).

CASO 3 | RESOLUÇÃO

Distocia de ombro — a emergência que se resolve com sequência, não com força.

Fatores presentes: macrossomia (4.300 g), diabetes, obesidade. Mas metade das distocias ocorre em fetos < 4.000 g sem fator de risco: todo plantonista precisa saber a sequência de cor.

0–30 s: ajuda, cronômetro, parar de puxar e de pedir puxo. McRoberts com duas pessoas elevando as coxas + pressão suprapúbica (enfermeira) atrás do ombro anterior. Tração axial suave.

30–90 s: não saiu → episiotomia se precisar de espaço → braço posterior (a manobra de maior sucesso) ou Rubin II/Woods. Alternar e repetir.

Depois: Gaskin; reiniciar o ciclo; últimos recursos só com equipe.

Nunca: pressão fúndica (impacta mais e rompe o útero), tração lateral forte (plexo braquial), puxar pela cabeça com rotação.

Depois do parto: ocitocina e vigilância de HPP (atonia é comum), revisão do canal (lacerações de 3º/4º grau), exame do RN (clavícula, úmero, plexo — Erb-Duchenne), gasometria de cordão, registro minucioso e conversa com a família.



HELPERR

McRoberts + suprapúbica = 60%

Braço posterior › 80%

Nunca Kristeller

Fontes: ACOG 178 (2017); Hoffman MK et al., Obstet Gynecol 2011 (braço posterior); RCOG 42.

3º PERÍODO E PERÍNEO

Manejo ativo do 3º período

Ocitocina 10 UI IM ao desprendimento do ombro anterior ou logo após o nascimento — para todas; reduz HPP em 40–60%.
Clampeamento oportuno do cordão (1–3 min, ou após cessar pulsação) em RN vigoroso.
Tração controlada do cordão com contratração suprapúbica (Brandt-Andrews) após sinais de descolamento.
Não massagear o útero antes da dequitação; massagem após.
Dequitação > 30 min = retenção placentária: extração manual com analgesia; acretismo se não houver plano de clivagem.

Episiotomia e lacerações

Episiotomia seletiva, não rotineira (OMS): só para abreviar o parto por sofrimento fetal, instrumental ou períneo rígido com iminência de laceração grave. Médio-lateral a 60°, nunca mediana.
Lacerações: 1º grau pele/mucosa; 2º músculos perineais; 3º esfíncter anal (3a < 50% externo, 3b > 50%, 3c interno); 4º mucosa retal
3º/4º grau: reparo em centro cirúrgico, antibiótico, laxante, seguimento — risco de incontinência anal.

Proteção do períneo

Compressas mornas no 2º período e massagem perineal reduzem lacerações de 3º/4º grau.
Posições verticalizadas e lateral; evitar litotomia e puxo em Valsalva prolongado.
Fatores de risco de laceração grave: nuliparidade, fórcipe, OP persistente, macrossomia, episiotomia mediana, 2º período prolongado.
Pele a pele imediato e amamentação na 1ª hora.

Fontes: OMS 2018; ACOG Practice Bulletin 198 — Prevention and Management of Obstetric Lacerations (2018); Begley CM, Cochrane 2019 (3º período); Aasheim V, Cochrane 2017 (períneo).

QUESTÃO | INDUÇÃO

Primigesta de 28 anos, 41 semanas, Bishop 3, sem contrações, bolsa íntegra, feto único cefálico, PFE 3.400 g, CTG categoria I. Sem comorbidades. A conduta mais adequada é:

A Aguardar o trabalho de parto espontâneo até 42 semanas, com CTG duas vezes por semana.

B Iniciar ocitocina em bomba de infusão, com amniotomia assim que possível.

C Preparo cervical com misoprostol 25 µg vaginal a cada 6 horas ou sonda de Foley, seguido de ocitocina quando o colo estiver favorável.

D Cesárea eletiva por pós-datismo em primigesta com colo desfavorável.

E Misoprostol 200 µg vaginal em dose única para encurtar a indução.

QUESTÃO | INDUÇÃO

Primigesta de 28 anos, 41 semanas, Bishop 3, sem contrações, bolsa íntegra, feto único cefálico, PFE 3.400 g, CTG categoria I. Sem comorbidades. A conduta mais adequada é:

A Aguardar o trabalho de parto espontâneo até 42 semanas, com CTG duas vezes por semana.

B Iniciar ocitocina em bomba de infusão, com amniotomia assim que possível.

C Preparo cervical com misoprostol 25 µg vaginal a cada 6 horas ou sonda de Foley, seguido de ocitocina quando o colo estiver favorável.

D Cesárea eletiva por pós-datismo em primigesta com colo desfavorável.

E Misoprostol 200 µg vaginal em dose única para encurtar a indução.

QUESTÃO | VBAC

Secundigesta com uma cesárea segmentar prévia há 3 anos, 39 semanas, em trabalho de parto espontâneo, 6 cm, bolsa rota há 2 horas, 2 contrações fracas em 10 minutos, BCF normal. Assinale a conduta correta:

A Misoprostol 25 µg vaginal para melhorar a dinâmica, pois o colo ainda não é favorável.

B Cesárea imediata: cesárea prévia contraindica qualquer condução do trabalho de parto.

C Ocitocina em baixa dose, com monitorização cardiotocográfica contínua e equipe pronta para cesárea de emergência.

D Aguardar 12 horas sem intervenção, pois a ocitocina está contraindicada em útero com cicatriz.

E Sonda de Foley transcervical, pois é o único método seguro após cesárea.

QUESTÃO | VBAC

Secundigesta com uma cesárea segmentar prévia há 3 anos, 39 semanas, em trabalho de parto espontâneo, 6 cm, bolsa rota há 2 horas, 2 contrações fracas em 10 minutos, BCF normal. Assinale a conduta correta:

A Misoprostol 25 µg vaginal para melhorar a dinâmica, pois o colo ainda não é favorável.

B Cesárea imediata: cesárea prévia contraindica qualquer condução do trabalho de parto.

C Ocitocina em baixa dose, com monitorização cardiotocográfica contínua e equipe pronta para cesárea de emergência.

D Aguardar 12 horas sem intervenção, pois a ocitocina está contraindicada em útero com cicatriz.

E Sonda de Foley transcervical, pois é o único método seguro após cesárea.

MENSAGENS

1. Fase ativa começa em 5 cm; fase latente pode durar 20 h e não é distocia. Não interne, não dê ocitocina, não opere por fase latente.

2. Parada de progressão: ≥ 6 cm, bolsa rota, 4 h sem mudança com dinâmica boa (ou 6 h com ocitocina). 2º período: 3 h nulípara, 2 h multípara (+1 h com analgesia).

3. Indução: Bishop ≤ 6 → misoprostol 25 µg ou Foley; ≥ 7 → ocitocina. Misoprostol nunca com cesárea prévia; Foley e ocitocina podem.

4. Instrumento só com dilatação total, bolsa rota, cabeça ≥ plano +2 (ou 0 a +2 com expert), variedade conhecida e plano B pronto.

5. Distocia de ombro: HELPERR — ajuda, McRoberts, pressão suprapúbica, manobras internas, braço posterior. Nunca pressão fúndica.

6. Ocitocina 10 UI IM em todo parto, clampeamento oportuno, episiotomia seletiva médio-lateral. Cesárea tem indicação — e a maioria das que fazemos não tem.

LUIS PAULO ZICA

BOA PROVA

Obrigado!

