

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Wiviany de Carvalho Rocha Aciole

**Caracterização da realização do clampeamento tardio do cordão, como prática
no 3º período do parto.**

MACEIÓ/AL
2015

Wiviany de Carvalho Rocha Aciole

**Caracterização da realização do clampeamento tardio do cordão, como prática
no 3º período do parto.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica – Rede
Cegonha/Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais em
parceria com a Universidade Federal de
Alagoas/Maceió como requisito parcial para
obtenção de título de especialista.

Orientadora: Juliana Bento de Lima Holanda

Co-Orientadora: Thaynara Carla Pontes de
Almeida

MACEIÓ/AL

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Aciole, Wiviany

Caracterização da realização do clampeamento tardio do cordão, como prática no 3º período do parto.
[manuscrito] / Wiviany Aciole. - 2015.

24 p.

Orientador: Juliana Holanda.

Coorientadora: Thaynara Almeida.

- Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Enfermagem Obstétrica. 2.Trabalho de Parto. 3.Ocitocina.4.Clampeamento Tardio I.Holanda, Juliana.
II.Almeida, Thaynara. III.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. IV.Título.

WIVIANY DE CARVALHO ROCHA ACIOLE

**Caracterização da realização do clampeamento tardio do cordão, como prática
no 3º período do parto.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica – Rede
Cegonha/Escola de Enfermagem da
Universidade Federal de Minas Gerais em
parceria com a Universidade Federal de
Alagoas/Maceió como requisito parcial para
obtenção de título de especialista.

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Juliana Bento de Lima Holanda
(Orientadora)

Thaynara Carla Pontes de Almeida
(Coorientadora)

Prof.^a Dr^a Torcata Amorim
(Examinadora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades

A esta Universidade, corpo docente, que oportunizaram uma janela, na qual vislumbro um horizonte superior.

As minhas orientadoras Professoras Juliana e Thaynara, pelo suporte, correções e incentivos.

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A direção e a coordenação de enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo pelo apoio irrestrito

Resumo

A enfermagem e principalmente a categoria de enfermeiros obstétricos, têm contribuído e desempenhado funções visando à melhoria da assistência obstétrica, bem como humanização na assistência ao parto. É salutar a importante atuação deste profissional em todo o processo de parturição, ressaltando-se a importante vigilância no terceiro período do parto, quanto aos sinais clínicos, visto ser um período que apresenta riscos de hemorragia, possibilitando a ocorrência de mortalidade materna. Este trabalho objetivou. Analisar a realização do clampeamento tardio do cordão, nas práticas de sala de parto. Tratou-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa. A população do estudo compôs-se de mulheres em trabalho de parto, internadas nas maternidades: Hospital São Vicente de Paulo em União dos Palmares, Maternidade Prof. Mariano Teixeira do Hospital Universitário, Maternidade Nossa Senhora de Fátima, Maternidade Nossa Senhora da Guia em Maceió, durante o período de realização dos estágios em sala de parto do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, no período de 08/05/15 à 05/10/15. No total foram realizados 108 partos. A maioria 72% utilizou o clampeamento do cordão após o terceiro minuto. De maneira geral, os pós-graduandos adotaram o clampeamento tardio do cordão após o terceiro minuto, não gerando complicações hemorrágicas.

Palavras chaves: Enfermagem Obstétrica, ocitocina, trabalho de parto.

Abstract

Nursing and especially the category of obstetric nurses have contributed and performed functions aimed at improving obstetric care as well as humanization of delivery care. It is salutary to the important role of this professional throughout the delivery process, highlighting the important surveillance in the third stage of labor, for clinical signs, as it is a period that presents bleeding risks, which might cause maternal mortality. This study aimed. Analyze the performance of late cord clamping in the delivery room practices. This was an exploratory study with a quantitative approach. The study population consisted of women in labor, admitted in maternity hospitals: Hospital St. Vincent de Paul in União dos Palmares, Maternity Prof. Mariano Teixeira University Hospital, Maternity Our Lady of Fatima, Maternity Nossa Senhora da Guia in Maceio, during the realization of the stages in the delivery room of the specialization course in midwifery in the period 05/08/15 to 05 / 10/15. In total 108 deliveries were performed. Most 72% used the cord clamping after the third minute. In general, the graduate students have adopted the late cord clamping after the third minute, not generating bleeding complications.

Key words: Obstetric, oxytocin, labor

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
3. OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos	18
4.METODOLOGIA.....	19
4.1 Tipo de Estudo.....	19
4.2 Locais do Estudo.....	19
4.3 População e amostra.....	20
4.4 Coleta de Dados e Instrumentos.....	20
4.5 Analise dos Dados.....	20
4.6 Aspectos éticos.....	20
5. RESULTADOS	21
6.CONCLUSÃO.....	22
7. REFERÊNCIAS	24

1. INTRODUÇÃO

A necessidade de rever a prática adotada, nos estágios de sala de parto, especificamente no manejo do terceiro período do parto, nos motivou a tomar este tema como objetivo de estudo na tentativa de comparar o uso da conduta ativa com efeitos na duração do terceiro período que pode influenciar na hemorragia pós-parto. Durante os estágios em sala de parto, foi possível observar que o terceiro período do parto, também conhecido como dequitação, mas que não se resume apenas a saída da placenta é uma etapa do processo de parir, que ocorrem em um período menor em tempo do que o primeiro e segundo período, mas que é de grande relevância e que necessita de muita atenção e cuidado. Foram observadas nessa etapa, durante os estágios, algumas intercorrências como: retenção placentária, hipotensão postural e hipotonia uterina. Esses fatos fez despertar o interesse em se aprofundar o estudo em relação ao terceiro período de parto e suas relações com complicações maternas.

A enfermagem e principalmente a categoria de enfermeiros obstétricos, têm contribuído e desempenhado funções visando à melhoria da assistência obstétrica, bem como humanização na assistência ao parto. São notórios que o parto e todo o processo de parir, são fenômenos que envolvem diversas expectativas e sentimentos. Nesse contexto é importante recordar que o parto não é um fenômeno pontual e sim um processo que ocorre em estágios sequenciais e interligados.

Segundo Rocha, 2005 a assistência ao parto e nascimento vem passando por transformações no que diz respeito à busca de melhores evidências para assegurar sua qualidade obter melhores resultados maternos e perinatais.

Nesse contexto é importante recordar que o parto não é um fenômeno pontual e sim um processo que ocorre em estágios, sequentes e interligados.

O primeiro estágio (dilatação) leva à dilatação do colo do útero, de até 10 cm, por meio de contrações rítmicas e dolorosas. O segundo estágio (período expulsivo) se inicia com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto; nessa fase ocorrem os puxos maternos. No terceiro estágio (secundamento ou dequitação), ocorre o desprendimento da placenta e membranas. O quarto período (período de Greenberg), que ocorre na primeira hora pós-parto, objetiva a parada do sangramento genital. (MERIGHI, CARVALHO & SULETRONI, 2007, p.434).

Um guia de parto da Inglaterra, do ano de 2007, faz uma relação entre o conceito do terceiro período de parto e uma classificação de acordo com o tempo de encerramento dessa fase:

O terceiro período do trabalho de parto é o período que se inicia com o nascimento até o delivramento. É diagnosticado como prolongado se não se completar com 30 minutos, quando se adota conduta ativa, e 60 minutos com conduta fisiológica. Complicações do terceiro período do trabalho de parto são importante causa de mortalidade materna por todo o mundo. O grau de perda sanguínea depende da rapidez da separação da placenta da parede uterina e da contração da musculatura uterina (AMORIM; PORTO E SOUZA 2010).

De acordo com esta conceituação fica evidente que este estágio constitui-se em período de grande risco materno e exige do profissional manter a vigilância dos sinais clínicos.

A incidência de casos de hemorragia pós-parto e de retenção placentária ou de restos placentários aumenta na presença de fatores predisponentes. Mesmo em gestações de baixo risco e partos normais durante o 1º e 2º estágios coexiste a possibilidade de ocorrer hemorragia severa e/ou retenção placentária. Assim, a forma como se assiste durante o 3º estágio poderá influenciar diretamente sobre a incidência dos casos de hemorragia e na perda sanguínea decorrida desse evento. (MELO; et al, 2014).

Sabe-se que mortalidade materna é resultante de complicações diretas e indiretas da gravidez, parto ou puerpério, e um bom indicador da saúde da mulher na população do desempenho dos sistemas de atenção a saúde.

Após vários estudos e consenso estabelecido entre a FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetricians) e a ICM (International Confederation of Midwives) em 2003, é apresentada a “Declaração Conjunta:

Manejo do terceiro período de parto na prevenção da Hemorragia Pós-parto, intervenções efetivas baseadas em evidências” na tentativa de auxiliar os profissionais de obstetrícia a reduzir a morbimortalidade materna na qual é preconizado o manejo ativo do terceiro período. Por meio desta declaração pretende-se que esta prática seja divulgada e implementada pelos serviços, e que seja inserida a prática do manejo ativo nos currículos dos cursos de graduação e treinamentos dos profissionais da saúde. (ICM; FIGO, 2004).

O manejo ativo do terceiro período do parto compreende as seguintes intervenções:

administração profilática de ocitócitos via endovenosa ou intramuscular, após o nascimento do bebê, clampeamento e secção do cordão umbilical precoces; tração controlada do cordão umbilical e massagem em fundo uterino. Essas intervenções têm sido indicadas como de uso rotineiro e profilático pela Organização Mundial de Saúde, após resultados favoráveis, obtidos em revisões sistemáticas, na tentativa de reduzir a perda sanguínea

associada à dequitação e para reduzir o risco de hemorragia pós-parto. (RUIZ, 2007)

Diante da situação apresentada, o estudo sobre a conduta do terceiro período de parto, nos parece de grande relevância não somente para ampliar os conhecimentos sobre a conduta ativa, mas também para auxiliar na avaliação da aplicação das práticas que revelam evidências científicas na melhoria da qualidade da assistência obstétrica.

Ante as evidências que essas técnicas possuem, em reduzir a hemorragia pós-parto e ressaltando que essas técnicas foram orientadas pelos instrutores no decorrer do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, imerge a seguinte problemática: como se deu o clampeamento do cordão, pelos pós-graduandos, nos estágios de sala de parto? Desse modo, este estudo tem como premissa, realizar uma caracterização do uso do clampeamento do cordão como conduta ativa no 3º período do parto, durante os estágios de sala de parto, do curso de especialização de enfermagem obstétrica, pelos pós-graduandos do CEEO.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A enfermagem e principalmente a categoria de enfermeiros obstétricos, têm contribuído e desempenhado funções visando à melhoria da assistência obstétrica, bem como humanização na assistência ao parto. São notórios que o parto e todo o processo de parir, são fenômenos que envolvem diversas expectativas e sentimentos. Nesse contexto é importante recordar que o parto não é um fenômeno pontual e sim um processo que ocorre em estágios sequenciais e interligados.

Em relação ao terceiro período desse processo sua conceituação se dá da seguinte maneira, que é “o estágio da parturição que processa após o nascimento do feto e se caracteriza pelo descolamento, descida e expulsão da placenta e de suas páreas para fora das vias genitais”(REZENDE, 2014, p.222).

A perda sanguínea decorrente dessa fase está diretamente associada com o desprendimento e depende da rapidez com que a placenta se desloca da parede uterina e da efetividade da contração da musculatura uterina em volta do leito placentário durante e após o deslocamento (RUIZ; 2007 p.21).

A não efetividade da contratilidade uterina pode gerar uma hipotonia ou até atonia uterina, esta última por sua vez,

é a causa mais comum de HPP, no entanto, traumatismo do trato genital (isto é, lacerações vaginais e cervicais), ruptura uterina, retenção do tecido placentário ou distúrbios de coagulação materna também podem resultar em HPP. Embora a maioria das mulheres que experimentam complicações da HPP não apresente fatores de risco clínicos ou históricos identificáveis, a grande multiparidade e a gestação múltipla estão associadas ao risco aumentado de hemorragia após o parto. A HPP pode ser agravada pela anemia pré-existente e, nesses casos, a perda de um volume menor de sangue pode ainda resultar em sequelas clínicas adversas(OMS, 2000, p.1)

Nesse sentido, já é bastante notório o termo manejo ativo no 3º período do parto, como forma de se evitar complicações hemorrágicas, sobre isso é conhecido que

Durante a segunda metade do séc. XX, um pacote de intervenções realizadas durante a terceira fase do parto se tornou a pedra angular para a prevenção da HPP. Esta abordagem ficou conhecida como a “gestão ativa da terceira fase do parto” e consistia inicialmente nos componentes a seguir: a administração de um uterotônico profilático após o nascimento de um bebê, o clampeamento e corte precoce do cordão umbilical e a tração controlada do cordão umbilical. A massagem uterina também é frequentemente incluída como parte da gestão ativa da terceira fase do parto. Contrariamente à gestão ativa, a gestão expectante envolve a espera por sinais de separação da placenta e permite que a expulsão da placenta seja feita espontaneamente ou com o auxílio da estimulação manual do mamilo ou pela gravidade. Comparada com a gestão expectante, a gestão

ativa da terceira fase do parto está associada à redução substancial na ocorrência de HPP (BEGLEY et al, 2011, p.1).

Segundo Amorim; Porto e Souza (2010), o manejo ativo do terceiro estágio, contemplado na revisão sistemática mais antiga, evidenciou-se

uma redução da perda sanguínea no parto e de hemorragia pós-parto maior que 500 mL (RR=0,38; IC95%: 0,32-0,46) e redução do terceiro estágio (em torno de 10 minutos), porém aumento do risco de náuseas maternas (RR=1,83; IC95%: 1,51-2,23), vômitos e elevação da pressão arterial ligado ao uso da ergotamina. Os autores sugerem a adoção do manejo ativo em partos hospitalares, porém o risco de náuseas e vômitos maternos com a ergotamina precisa ser considerado. Essas evidências não devem ser extrapoladas para partos não-hospitalares (AMORIM et al, 2010, p. 587).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (DATASUS), ocorreram, em 2013, 1.253.726 partos vaginais, o que corresponde a 43, 26% dos partos ocorridos. Em relação aos óbitos maternos, a taxa de óbito materno foi de 58/100.000 nascimentos, sendo que a de óbito por hemorragia no pós-parto foi de 3,3/100.000 nascimentos.

Em Alagoas, a taxa de óbito materno foi de 59,06/100.000 nascidos vivos e por complicações hemorrágicas ou relacionadas à contratilidade uterina foi de 11,4/100.000 nascimentos.

As síndromes hemorrágicas estão entre as principais causas obstétricas diretas de mortes maternas. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde estima-se uma morte a cada quatro minutos. A hemorragia pós-parto reflete diretamente a qualidade da assistência, sendo uma das causas potencialmente previsível e tratável. O desenvolvimento de manejos clínicos para seu controle torna-se de extrema importância na redução da mortalidade materna.

Tradicionalmente a definição de hemorragia pós-parto (HPP) é a perda de sangue acima de 500 mL após o parto vaginal e acima de 1000 mL após o parto abdominal. Para fins clínicos, qualquer perda de sangue capaz de produzir instabilidade hemodinâmica deve ser considerada HPP. O volume de perda sanguínea necessário para causar esta instabilidade vai depender da condição pré-existente da mulher. Três por cento de todos os partos vaginais podem resultar em hemorragia pós-parto grave se não for empregado o manejo apropriado. A maioria das HPP ocorre dentro das primeiras 24 horas após o parto e é chamada de "HPP primária". A secundária ocorre entre 24 horas e seis semanas após o parto. Dentre as complicações observa-se o risco de morte materna, a hipotensão ortostática, a anemia (que aumenta o risco de depressão pós-parto), a fadiga, dificuldades no cuidado com o bebê, a transfusão de hemoderivados (com potenciais efeitos colaterais e complicações), o choque hipovolêmico, a Síndrome de Sheehan, podendo levar a falha na amamentação, a isquemia miocárdica e as coagulopatias. (BONOMI, 2012, p.12)

O desenvolvimento de manejos clínicos para o controle da hemorragia torna-se de extrema importância na redução da mortalidade materna, inclui:

O uso de ocitocina (10 UI por via intramuscular), ergometrina (0,5 mg intramuscular), massagem uterina, ligadura imediata do cordão umbilical e tração controlada do cordão têm sido propostos para o manejo ativo do parto, com o objetivo de reduzir a duração do terceiro estágio e prevenir a hemorragia pós-parto. A ligadura precoce do cordão não é mais recomendada, uma vez que evidências recentes comprovam os benefícios da ligadura tardia do cordão para o recém-nascido (AMORIM; PORTO E SOUZA, 2010, p.589).

O que é enfatizado e recomendado pela OMS, em relação ao uso da ocitocina como preventiva da HPP: “Todas as parturientes devem receber uterotônicos durante a terceira fase do parto para a prevenção da HPP; a ocitocina (IM/IV, 10 UI) é recomendada como o fármaco uterotônico preferencial” (OMS, 2014, p.4).

Nesse contexto exposto acima, elencam-se alguns pontos de suma importância a serem discorridos abaixo:

Uso de Ocitocina

O uso de ocitocina tem semelhança biológica ao hormônio antidiurético e é o agente de primeira linha para prevenção e tratamento da HPP.

O Ministério da Saúde publicou no Manual Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada a Mulher (2001, p.85), o seguinte sobre o uso de ocitócitos e derivados de ergot:

A administração profilática de ocitocina é usada em vários momentos durante o terceiro período do parto. Mais frequentemente é aplicada por via intramuscular, na dose de 10UI, imediatamente após o desprendimento do ombro anterior, ou após o nascimento da criança. As drogas mais empregadas são a ocitocina e derivados do ergot, como a ergotamina, ou uma combinação de ambos, a sintometrina. Tanto a ocitocina como os derivados do ergot diminuem a perda sanguínea pós-parto, mas o efeito do ergot parece ser um pouco menor. Não está bem clara a ação dessas drogas sobre a retenção dos restos placentários, embora alguns resultados sugiram que a administração rotineira de ocitocina possa aumentar esse risco. Náuseas, vômitos e cefaleia são relacionados mais frequentemente aos derivados do ergot e, em menor escala, à ocitocina. A ocorrência de hipertensão arterial pós-parto é um efeito colateral praticamente exclusivo dos derivados do ergot. Também podem ocorrer problemas raros, porém sérios, atribuídos secundariamente à hipertensão arterial pelo uso de ergometrina intraparto - parada cardíaca e hemorragia intracraniana, infarto do miocárdio, eclampsia puerperal e edema agudo de pulmão. Apesar da dificuldade em avaliar tais efeitos, pela raridade com que ocorrem, os indícios disponíveis sugerem que a ocitocina é a melhor escolha, além de ser mais estável que a ergotamina em países de clima tropical. Por isso, o uso dos derivados do ergot para esta situação é classificado como intervenção prejudicial ou ineficaz que deve ser abandonada.

Em relação ao momento em que se deve ser administrada a ocitocina IM no terceiro período do parto, um estudo faz menção em haver dúvida do momento correto:

O momento exato de administração da ocitocina persiste por ser determinado. Enquanto alguns estudos sugerem benefícios com a administração antes do delivramento, outros demonstram maior redução do risco de hemorragia pós-parto quando se aguarda a saída da placenta. Essa questão precisa ser elucidada em estudos posteriores (AMORIM et al, 2010, p.589).

No entanto, outro estudo faz a seguinte referência:

A dose e rota preferidas para profilaxia de HPP são 10UI IM, que deve ser administrada preferencialmente após o desprendimento do ombro anterior. Pode se utilizar também após o nascimento vaginal, um bolus IV de ocitocina, 5 a 10 UI, aplicada durante 1 a 2 minutos (B). A infusão intravenosa de ocitocina (20-40 UI em 1000 ml, a 150 ml por hora, em bomba de infusão contínua) é uma alternativa aceitável para o tratamento da HPP, associada a manobras de compressão uterina ou massagem bimanual (manobra de Hamilton). Alguns trabalhos mostram que o uso de ocitocina intraumbilical (20 UI ocitocina + 30 ml solução salina) reduziu a perda de sangue e a duração da terceira fase do trabalho de parto, porém seu uso rotineiro na prevenção da HPP ainda é questionável. É importante ressaltar que o uso de ocitocina para indução de trabalho de parto não interfere com a resposta a este medicamento no terceiro estágio do trabalho de parto (BOMOMI et al, 2012, p.72).

Já o Guia de Assistência ao Parto e Nascimento do Hospital Sofia Feldman, menciona o fato de verificar se realmente não existe outro feto e faz a seguinte recomendação:

Dentro de 1 minuto do desprendimento fetal, palpar o abdome para afastar a possibilidade da presença de outro feto e dar 10 UI de ocitocina IM. A ocitocina é preferível porque é efetiva 2 a 3 minutos após a injeção, tem efeitos colaterais mínimos e pode ser utilizada em todas as mulheres. Na indisponibilidade de ocitocina, utilize ergometrina 0,2 mg IM ou prostaglandinas (misoprostol). Tenha certeza de que não existe nenhum feto adicional antes de utilizar tais medicamentos (MINAS GERAIS, 2007 p.60)

Tração Controlada do Cordão

Um estudo que comparou a extração placentária através da tração controlada do cordão versus a intervenção mínima chegou a seguinte conclusão:

A incidência de hemorragia pós-parto foi significativamente menor no grupo controle cabo de tração (5,8% vs 11%; odds ratio 0.50, intervalo de confiança 95% 0,34-0,73). A incidência de retenção de placenta (> ou = 30 minutos) foi de 1,6% no grupo controle e do cabo de tração de 4,5% no grupo da intervenção mínima (odds ratio 0.31, intervalo de confiança 95% 0,15-0,63). Significativamente mais pacientes no grupo da intervenção

mínima exigida uterotônico adicionais para controlar a hemorragia (5,1% vs 2,3%; odds ratio 0.44, intervalo de confiança 95% 0,24-0,78). A técnica de tração controlada do cordão para a entrega dos resultados da placenta de uma incidência significativamente menor de hemorragia pós-parto e retenção de placenta, assim como menor necessidade de uterotônico, comparado com a técnica de intervenção mínima (KHAN, 1997, P.1).

Três estudos randomizados com um total de 27837 gestantes compararam TCC planejada com TCC não planejada. Foram incluídos estudos do Uruguai (1), França (1) e estudo internacional (1) com centros de pesquisa na Argentina, Egito, Índia, Quênia, Filipinas, África do Sul, Tailândia e Uganda e chegaram a seguinte conclusão:

Tração controlada do cordão (TCC) reduz o risco de remoção manual da placenta em certas circunstâncias. TCC não reduz o risco de hemorragia pós-parto (HPP) severa (≥ 1000 ml), mas reduz a incidência de HPP moderada (≥ 500 ml) e reduz perda sanguínea média em aproximadamente 11 ml. TCC encurta ligeiramente o terceiro estágio do parto (HOFMEYR et al, 2015, p.1).

Segundo Melo, et al (2014), traz a seguinte técnica de extração da placenta, com tração controlada do cordão:

Técnica da tração controlada de cordão:

- Clampeie o cordão próximo ao períneo usando uma pinça de Foerster ou Rochester. Segure o cordão campeado e o final da pinça com uma das mãos.
- Coloque a outra mão imediatamente acima do osso púbico e estabilize o útero pela aplicação de uma contra tração durante a tração controlada do cordão. Isto ajuda a prevenir a inversão uterina.
- Gentilmente mantenha tensão sobre o cordão e espere uma contração uterina forte (2 – 3 minutos).
- Quando o útero se tornar arredondado ou o cordão se alongar, tracione o cordão muito gentilmente para baixo para retirar a placenta. Continue a aplicar a contra tração no útero com a outra mão.
- Se a placenta não descer durante 30 – 40 segundos de tração controlada (não há nenhum sinal de descolamento), não continue a tracionar o cordão.

- Gentilmente segure o cordão e espere até o útero estiver bem contraído novamente. Se necessário, use uma pinça para clampear o cordão mais próximo do períneo enquanto ele se alonga;
- Com a próxima contração, repita a tração controlada com a contra tração.
- Durante a extração da placenta as membranas podem se romper. Segure a placenta com as duas mãos e gire-a gentilmente sobre o seu eixo até que as membranas estejam torcidas (Manobra de Dublin).
- Puxe vagarosamente para completar a dequitação.
- Se as membranas se romperem, examine gentilmente a porção superior da vagina e colo e utilize uma pinça de Foerster para remover qualquer fragmento de membrana que estiver presente.
- A placenta e membranas devem ser examinadas logo após a sua expulsão.

Clampeamento Tardio do Cordão

A ligadura precoce do cordão não é mais recomendada, uma vez que evidências recentes comprovam os benefícios da ligadura tardia do cordão para o recém-nascido.

Alternativamente, a drenagem espontânea do sangue do cordão (sem clampear a extremidade materna) foi avaliada em uma revisão sistemática (2 ensaios clínicos randomizados, 624 mulheres), associando-se com redução do terceiro estágio em torno de 6 minutos e significativa redução de retenção placentária.

Recentes estudos tem mostrado que o clampeamento do cordão umbilical após 60 segundos do nascimento pode trazer benefícios ao recém-nascido, sem aumentar os riscos de hemorragia pós-parto.

Assim, os benefícios incluem uma menor taxa de anemia em pré e pós-termos (consequentemente, menor necessidade de hemotransfusão, menor ocorrência de icterícia neonatal e menor risco de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor) e menor risco de hemorragia intraventricular em pré-termos

extremos. Diretrizes internacionais sugerem que o clampeamento precoce de cordão deva ser substituído por massagem uterina até a completa dequitação placentária.

A OMS expressa essa recomendação de maneira bem clara e elucidando as razões:

a OMS reitera sua recomendação anterior de aguardar para clampear e cortar o cordão umbilical logo em seguida ao nascimento do bebê. A recomendação é baseada na compreensão de que o atraso do clampeamento do cordão umbilical permite a passagem continuada do sangue da placenta para o bebê durante mais 1 a 3 minutos após o nascimento. Esse breve atraso é conhecido por aumentar as reservas de ferro do bebê em até 50% aos 6 meses de idade nos bebês nascidos a termo (OMS, 2014, p.1).

Diante das evidências que essas técnicas possuem em reduzir a hemorragia pós-parto e proporcionar melhoria para a saúde do bebê, ressaltando que essas técnicas foram orientadas pelos instrutores no decorrer do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, imerge a seguinte problemática: como se deu a clampeamento do cordão, pelos pós-graduandos, nos estágios de sala de parto? Foi realizado o clampeamento tardio do cordão umbilical? Em qual tempo foi realizado esse clampeamento?

Desse modo, este estudo tem como premissa, realizar um levantamento e das intervenções de enfermagem, pelos pós-graduandos do CEEQ, durante os estágios de sala de parto, mais especificamente no que se refere à técnica de clampear tardiamente o cordão umbilical. .

Para responder aos questionamentos mencionados, foram elaborados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Caracterizar a realização do clampeamento tardio do cordão, nas práticas de sala de parto.

Objetivos Específicos:

- Relacionar a realização do clampeamento tardio do cordão com complicações hemorrágicas.
- Realizar levantamento do tempo em que foi realizado o clampeamento do cordão.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa e documental.

A pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características. Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas (Cervo, Bervian & Silva, 2007).

O estudo descritivo trata-se da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada. Favorecem na pesquisa mais ampla e completa, as tarefas da formulação clara do problema e da hipótese como tentativa de solução. (Cervo, Bervian & Silva, 2007).

A abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis pré-estabelecidas, para verificar e explicar sua influência sobre outras mediante a análise da frequência de incidências e correlações estatísticas (Dyńiewicz, 2009).

3.2 Variáveis

- ✓ Clampeamento do cordão de maneira tardia
- ✓ Clampeamento do cordão em mais ou menos 3 minutos.

3.3 Locais do estudo

Este estudo foi desenvolvido nas seguintes maternidades: Hospital São Vicente de Paulo em União dos Palmares, Maternidade Prof. Mariano Teixeira do Hospital Universitário, Maternidade Nossa Senhora de Fátima, Maternidade Nossa Senhora da Guia em Maceió.

3.4 População e amostra

A população do estudo compôs-se de mulheres em trabalho de parto, que estavam internadas nas maternidades acima descritas, durante o período de

realização das práticas em sala de parto do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica. A amostra foi constituída de 108 partos.

3.5 Critérios de inclusão e exclusão:

Quanto aos critérios de inclusão: foram incluídas mulheres internadas nas maternidades descritas, em verdadeiro trabalho de parto, cujos partos foram realizados pelos especializandos e que aceitaram participar do estudo.

Os critérios de exclusão: mulheres em falso trabalho de parto, partos realizados por outros profissionais que não sejam os estudantes do curso de especialização em enfermagem obstétrica e que não aceitaram participar do estudo.

3.6 Procedimento de coleta dos dados e Instrumentos utilizados

Os dados foram extraídos dos diários de campo e das planilhas de monitoramento dos partos (anexo 1), dos 15 estudantes do curso de especialização de enfermagem obstétrica, no período de 08/05/15 à 05/10/15. Foi elaborada uma planilha secundária (anexo 2) que serviu de instrumento de registro das informações coletadas através de leitura dos diários de campo e partogramas.

3.7 Análise dos dados e Apresentação dos resultados

Após a coleta, os dados foram inseridos numa planilha Excel e quantificados, sendo depois feita relação de proporcionalidade. Foi feita análise minuciosa dos dados, fundamentados na literatura existente.

Os dados do tempo de clampeamento do cordão foi dividido em 2 segmentos. No primeiro foram levantados, quantos dos partos o cordão foi clampeado dentre 1 a 3 minutos. No segundo foram considerados em quantos dos partos o cordão foi clampeado após o 3º minuto.

3.8 Aspectos Éticos

Neste estudo não se aplica o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo em vista os instrumentos utilizados para a coleta dos dados, não envolverem contato direto com os participantes, segundo a Resolução 466/12.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os 108 partos, assistidos pelos pós-graduandos do curso de especialização em enfermagem obstétrica, apenas em um(1) foi realizado clampeamento imediato do cordão, segundo os registros tratou-se de um parto prematuro, onde o recém-nascido necessitou de cuidados imediatos. Porém as “Diretrizes de reanimação básica do recém-nascido 2012 da OMS recomendam o clampeamento tardio do cordão umbilical para bebês prematuros em função desses benefícios específicos para o bebê “(OMS, 2012, p.1).

Nos outros 107 partos o clampeamento foi realizado após 1 minuto, porém o presente estudo fez a divisão do clampeamento tardio em dois momentos: entre 1 a 3 minutos e após 3 minutos.

Foi verificado que em 30 nascimentos, representando 27%, o clampeamento do cordão foi entre 1 a 3 minutos, já nos outros 77 (72%) partos o clampeamento foi após o 3º minuto.

Chama a atenção, pois a OMS faz a seguinte referência “que o clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendado para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido “(OMS, 2014, p1).

No entanto foi verificado que os pós-graduandos realizaram o clampeamento do cordão além do tempo recomendado, porém não foi observado que esse fato gerasse complicações neonatais e maternas, em curto prazo. Ou mesmo após as primeiras 6 horas de vida não havendo nenhuma alteração com o binômio.

Foi observado e relatado por alguns pós-graduandos que realizaram o clampeamento do cordão após a cessação da pulsação, que pode acontecer após o 3º minuto.

Essa recomendação é encontrada no manual da OPAS que traz a seguinte:

O momento ideal para pinçar o cordão de todos os recém-nascidos, independentemente de sua idade gestacional, é quando a circulação do cordão umbilical cessou, o cordão está achatado e sem pulso (aproximadamente 3 minutos ou mais depois do nascimento). (OPAS, 2012, p. 4)

Essa informação de se clampear o cordão após cessar a pulsação vem sendo amplamente divulgada nas maternidades do estado de Alagoas, principalmente pela nova geração de enfermeiras obstetras, o que pode ter sido então a real causa de se

ter um elevado percentual desse método entre os partos dos estágios em sala de parto.

Como mencionado na revisão da literatura o clampeamento tardio do cordão tem enorme vantagem para aumentar a transferência de ferro ao recém-nascido e não apresenta risco para complicações hemorrágicas, “e é um componente da recomendação atual para a gestão ativa da terceira fase do parto e deve ser realizado como parte da mesma “(*OMS, 2014, p.3*)

5.0 CONCLUSÃO

Diante do que foi verificado, percebe-se que os pós-graduandos do curso de especialização em obstetrícia, estão adeptos as boas práticas obstétricas e manejo ativo no 3º período do parto, tendo em vista que a recomendação de se clampear tardiamente o cordão umbilical faz interseção entre as duas tendências obstétricas.

Foi observado que dos 108 partos em 107 utilizaram o clampeamento tardio do cordão, em sua maioria após o 3º minuto, esse fato pode estar relacionado à orientação que está sendo adotada nas maternidades de Alagoas após inserção de enfermeiras obstétricas na prática de assistência ao parto, de esperar cessar a pulsação do cordão para depois clampeá-lo. No público alvo deste estudo, não foram observadas nenhuma complicação materna ou fetal relacionada ao clampeamento tardio do cordão.

Sendo assim, o que se conclui é que os pós-graduandos do curso de especialização em enfermagem obstétrica estão realizando o clampeamento tardio do cordão, de forma a beneficiar a transição da vida intrauterina para a vida extrauterina do recém-nascido, bem como realizando um manejo ativo no 3º período do parto. Essas práticas, com certeza, irão qualificar a assistência de enfermagem prestada ao binômio mãe-bebê no estado de Alagoas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MERIGHI MAB, CARVALHO GM, SULETRONI VP. **O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social.** Acta Paul Enferm. 2007;20(4):434-40.

BONOMI, I.B. et al. Prevenção e manejo da hemorragia pós-parto. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (Supl 2): S1-S173

AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa; SOUZA, Alex Sandro Rolland. **Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências.** Femina, v. 38, n. 11, p. 583-591, 2010.

KHAN GQ et al. **Controlled cord traction versus minimal intervention techniques in delivery of the placenta: a randomized controlled trial.** American journal of obstetrics and gynecology. 1997;177(4):770-4

REZENDE, J. – **Obstetrícia Fundamental**- 13ª edição, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2014.

CECATTI, JG; CALDERÓN, IMP. **Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna.** Rev Bras Ginecol Obstet, v. 27, n. 6, p. 357-65, 2005.

HOFMEYR GJ, MSHWESHWE NT, GÜLMEZOGLU AM. **Controlled cord traction for the third stage of labour.** *Cochrane Database of Systematic Review*, Issue 1. Art. No.: CD008020. DOI: 10.1002/14651858.CD008020.pub2.

WHO. **Managing complication in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.** Geneva: WHO; 2000. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241545879/en/index.html

BEGLEY CM, GYTE GM, DEVANE D, MCGUIRE W, WEEKS A. **Ativa versus conduta expectante para as mulheres na terceira fase do trabalho de parto .** *Cochrane Database Syst Rev* 011(11). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007412.pub3/abstract>

SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. **Clinical Practice Guideline - Active management of the third stage of labour: prevention and treatment of postpartum hemorrhage.** JOGC. 2009 Out; 235:980-93.

OMS. 2012. **Recomendações da OMS para a Prevenção e Tratamento da hemorragia pós-parto: base de evidências.** OMS: Genebra.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ANEXO

ALUNOS	TOTAL PARTOS	CLAMP. DO CORDÃO < 3MIN	CLAMP. DO CORDÃO
aluno 1	14	1	13
aluno 2	10	10	
aluno 3	3		3
aluno 4	4		4
aluno 5	10		10
aluno 6	3	3	0
aluno 7	10		10
aluno 8	3		3
aluno 9	4	3	1
aluno 10	4	4	0
aluno 11	5	1	4
aluno 12	16		16
aluno 13	5	1	4
aluno 14	9		9
aluno 15	8	8	0
	108	30	77