

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DA ENFERMEIRA
OBSTETRA NO ESTADO DA BAHIA

SALVADOR,

2014

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Presidente da Comissão: Enf^a Obstetra Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho

Equipe técnica:

Enf^a Obstetra Eliana Ferraz Melo

Enf^a Obstetra Keury Thaisana Rodrigues dos Santos Lima

Enf^a Obstetra Maria Lindiane de Souza Andrade

Enf^a Obstetra Priscila de Freitas Brandão

Enf^o Obstetra Thiago Fiel dos Santos

Residente em Enfermagem Obstétrica Luciana Moreno Acyole

REVISÃO

Enf^a Obstetra Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho

Enf^a Obstetra Keury Thaisana Rodrigues dos Santos Lima

Enf^a Obstetra Maria Lindiane de Souza Andrade

Enf^o Obstetra Thiago Fiel dos Santos

Residente em Enfermagem Obstétrica Luciana Moreno Acyole

APROVAÇÃO

REVISADO E APROVADO PELO ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS – SEÇÃO BAHIA (ABENFO-BAHIA) E CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN BAHIA

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

INTRODUÇÃO

OBJETIVOS

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

1 ASSISTÊNCIA À MULHER

1.1. ASSISTÊNCIA DURANTE A ADMISSÃO

Avaliação inicial na admissão

Exame Físico na admissão

1.2. ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Diagnóstico do Trabalho de Parto e Critérios Para Admissão

Exames laboratoriais:

Exames complementares:

Diagnóstico e condutas diferenciais das fases do trabalho de parto

1.2.1 ASSISTÊNCIA DURANTE O PERÍODO DE DILATAÇÃO

Instrumentos para acompanhamento do trabalho de parto

Conduta no período de dilatação

Avanço da apresentação e desprendimento

1.2.2 ASSISTÊNCIA AO PERÍODO EXPULSIVO

Posição da parturiente para o parto

Controles no período expulsivo

Assistência ao recém nascido no parto e nascimento

Anormalidades no Período Expulsivo

Período expulsivo prolongado

Traumatismo Obstétrico

1.2.3 ASSISTÊNCIA DURANTE A DEQUITAÇÃO E PÓS DEQUITAÇÃO

1.2.4 QUARTO PERÍODO DO PARTO: GREENBERG

Revisão manual do canal do parto

Correção de atonia ou hipotonia uterina

Sutura das lacerações vaginais e perineais

1.3 ASSISTENCIA AO PUERPERIO

**Aspectos que devem ser avaliados na puérpera
Alta Hospitalar**

2. APÊNDICES

APÊNDICE I - Perfil da gestante considerado como risco habitual

APÊNDICE II - Padronização das prescrições gerais e da prescrição dos medicamentos sob responsabilidade da enfermeira obstetra

APÊNDICE III – Boas práticas no trabalho de parto, parto e nascimento

APÊNDICE IV – Ações realizadas pelas técnicas e auxiliares de enfermagem no trabalho de parto, parto, nascimento e puerpério

APÊNDICE V – Transporte e regulação na obstetrícia

APÊNDICE VI – Transporte e regulação de RN

3. ANEXO

ANEXO: Quadro de Tecnologias de Cuidado Não- Invasivas de Enfermagem Obstétrica (Retirado do Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal SMS/RJ - 2013)

Lista de Quadros

Quadro 01 – Exame físico geral e obstétrico

Quadro 02: Ruídos que podem ser identificados durante a ausculta fetal

Quadro 03: Distinção entre BCF, sopros funicular e da artéria uterina

Quadro 04: Situações que podem dificultar a audibilidade dos BCF's

Quadro 05: Taquicardia fetal X Bradicardia fetal

Quadro 06: Técnica de Ausculta de BCF com estetoscópio de Pinard ou Sonar-Doppler

Quadro 07 – Contração uterina

Quadro 08: Exame genital

Quadro 09: queixas de perdas vaginais frequentes

Quadro 10: Diagnóstico e condutas diferenciais das fases do trabalho de parto

Quadro 11: Avaliação dos sinais vitais

Quadro 12: Métodos não invasivos para alívio da dor

Quadro 13: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

Quadro 14: Conduta no período de dilatação

Quadro 15: Condutas e ações no 4º Período do Parto

Quadro 16: Correção de atonia ou hipotonia uterina

Quadro 17: Processo de reparação perineal e/ou vaginal

Lista de Figuras

Figura 1: Manobras de Leopold

Figura 2: Ausculta de BCF

Figura 3: Amadurecimento do colo uterino

Figura 4: Avaliação da apresentação

Figura 5: Altura da apresentação segundo escala de De Lee

Figura 6: Variedade de posição

Figura 7: Graus de deflexão da apresentação cefálica

Lista de Abreviaturas e Siglas mais utilizadas na Obstetrícia

- - Ausente
- + Presente
- A Aborto
- ABO Sistema sanguíneo ABO
- AIG Adequado para Idade Gestacional
- ATB Anti-microbiano
- AU Altura Uterina
- BCF Batimento Cárdio-Fetal
- bHCG b Gonadotrofina Coriônica Humana
- BP Baixo Peso
- CMV Citomegalovírus
- CTG Cardiotocografia
- CU Contração Uterina
- DHEG Doença Hipertensiva Específica da Gestação
- DIP Doença Inflamatória Pélvica
- DIU Dispositivo Intrauterino
- DLD Decúbito Lateral Direito
- DLE Decúbito Lateral Esquerdo
- DPP Descolamento Prematuro de Placenta
- DST Doença Sexualmente Transmissível
- DU Dinâmica Uterina
- DUM Data da Última Menstruação
- E Esquerdo
- E.coli Escherichia Coli
- FANT Fontanela anterior normotensa
- FR Frequência respiratória
- G Gestação
- GIG Grande para Idade Gestacional
- HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
- Hb Hemoglobina
- Ht Hematócrito
- IG Idade Gestacional
- IGc Idade Gestacional Corrigida
- ILA Índice Líquido Amniótico
- IMC Índice de Massa Corpórea
- ITU Infecção do Trato Urinário
- LM Leite materno
- LMO Leite materno ordenhado
- MBP Muito Baixo Peso
- MF Movimentação fetal
- Mg Magnésio
- MID Membro Inferior Direito
- MIE Membro Inferior Esquerdo
- MMBP Muito Muito Baixo Peso
- MMII Membros Inferiores
- MMSS Membros Superiores
- OTD Occipitotransversal Direta (Posição Fetal)
- OP Occipito Púbico
- OS Occipito Sacro
- PC Parto Cesária
- PC Perímetro Cefálico
- PIG Pequeno para Idade Gestacional
- PN Parto Normal
- POAE Posição Occipito Anterior Esquerda (do Feto no Útero)
- PP Placenta Prévia
- RN Recém-Nascido
- RNPT Pré-Termo
- RNT Recém-Nascido de Termo
- SFA Sofrimento fetal agudo
- SIC Segundo Informações Coletadas
- SSVV Sinais Vitais
- SVA Sonda Vesical de Alívio
- SVD Sonda/Sondagem Vesical de Demora
- Tbg Tabagista
- TP Trabalho de Parto
- TPP Trabalho de Parto Prematuro
- TTRN Taquipneia transitória do Recém Nascido
- VPP Ventilação com pressão positiva

APRESENTAÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a assistência obstétrica deve ter como objetivo mãe e criança saudáveis, com o mínimo de intervenções e compatíveis com a segurança. Nessa perspectiva deve haver uma razão válida para se interferir no parto normal.

O Ministério da Saúde vem financiando e estimulando a qualificação da enfermagem obstétrica, para acolher as escolhas da mulher no processo de parto e nascimento, por meio de uma cuidadosa avaliação de suas condições clínicas e obstétricas, como parte da estratégia da Rede Cegonha, para ampliar e qualificar a assistência prestada às gestantes e aos bebês no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012a).

De acordo com pesquisas científicas, o cuidado oferecido por essas profissionais em Centros Obstétricos de maternidades e/ou maternidades diminuem o uso das intervenções obstétricas, melhoram os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal e aumentam a satisfação da mulher com a experiência vivida, indicando a segurança e a viabilidade da atenção ao parto e nascimento nestes locais de nascimento (HATEM et al, 2008)

O modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Garante às mulheres e às crianças vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza (BRASIL, 2012a).

O desafio que persiste não é, pois, tecnológico, mas sim estratégico e organizacional, onde profissionais de diferentes categorias e saberes possam trabalhar de forma integrada e estabelecer o cuidado adequado para cada mulher.

O presente documento apresenta as diretrizes para a assistência de enfermagem obstétrica no Estado da Bahia e deve ser usado em conjunto com outras publicações, que incluem os Documentos Técnicos e Portarias do Ministério da Saúde e Áreas Técnicas de Saúde, bem como a legislação do Exercício Profissional, as resoluções, deliberações e recomendações do Conselho Federal e Regional de Enfermagem, e as publicações e recomendações da Associação Brasileira de Obstetrias, Enfermeiras Obstetras e Neonatais e sua regional Bahia.

MARCO LEGAL

CONSIDERANDO que o enfermeiro é um profissional autônomo, legalmente habilitado por lei para exercer suas atividades laborais, conforme o disposto no Artigo Art. 5 da Constituição da República Federativa do Brasil, inciso XIII,

CONSIDERANDO o disposto no Artigo 11 da Lei nº 7.498/86, que regulamenta a profissão do Enfermeiro, assim como no inciso II, alínea “c” da referida Lei que autoriza o enfermeiro a prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde e as alíneas, “g”, “h” e “i” que autoriza o enfermeiro a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto a execução do parto sem distocia

CONSIDERANDO o parágrafo único da Lei nº 7.498/86 que, aos enfermeiros obstetras incumbe, ainda: a assistência à parturiente e ao parto normal, a identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico e a realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº159/93 que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem em seu Art. 1º - determina que em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem.

CONSIDERANDO o disposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando-se os princípios fundamentais: O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. [...]

CONSIDERANDO a Resolução COFEN nº195/1997 que disciplina no Art. 1º, o procedimento de que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria Nº 2.815/GM de 29 DE MAIO DE 1998, que Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimento: 35.150.01-7 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra e 35.080.01.9 - Parto Normal Sem Distocia

Realizado Por Enfermeiro Obstetra;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria n.º 163/GM, de 22 de setembro de 1998 que Regulamenta a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem Distócia Realizado Por Enfermeiro Obstetra e Aprova o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH para realização de parto normal.

CONSIDERANDO o disposto na Resolução COFEN n.º 223/1999, sobre a atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal que estabelece em seu Art. 1º - A realização de Parto Normal sem Distócia é da competência de enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetiz ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher; Art. 2º - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior: Assistência a gestante, parturiente e puérpera; Acompanhamento do trabalho de parto; Execução e assistência Obstétrica em situação de emergência. Art. 3º - Ao Enfermeiro Obstetra, Obstetiz, Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Assistência em Saúde da Mulher, além das atividades constantes do Art. 2º, compete ainda: Assistência a parturiente e ao parto normal; Identificação de distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; Realização da episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local quando couber; Emissão de Laudo de Enfermagem para autorização de Internação Hospitalar, constante do Anexo da Portaria SAS/MS-163/98; Acompanhamento do cliente sob seus cuidados, da internação até a alta;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria n.º 985/GM, de 05/08/1999, que instituiu os Centros de Parto Normal no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde; CONSIDERANDO o que fora contemplado no “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, firmado no ano de 2004;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria n.º 746/GM, de 20 de dezembro de 2005, que regulamenta o novo modelo de laudo de AIH e dá outras providências;

CONSIDERANDO o disposto na Resolução-RDC N-36, de 3 de Junho de 2008, que dispõe sobre “Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal”, quando no ANEXO I, item 3.7, estabelece, como definição sobre os profissionais recursos de saúde necessários para esse funcionamento Profissional legalmente habilitado, profissional com formação superior inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas

competências atribuídas por lei. Define que o Serviço Técnico Obstétrico e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo seu conselho de classe;

CONSIDERANDO a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

CONSIDERANDO a PORTARIA Nº 904, DE 29 DE MAIO DE 2013 que Estabelece as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal;

CONSIDERANDO as revisões sistemáticas e evidências científicas sobre as práticas assistenciais que promovem a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, demonstrando os benefícios à mulher e ao bebê na assistência ao parto de risco habitual pela enfermeira obstetra ou obstetriz;

CONSIDERANDO a necessidade de organização da atenção ao parto e ao nascimento em diferentes níveis de complexidade e de superação do modelo biologicista e medicalizante;

CONSIDERANDO o direito das mulheres a espaços de cuidado que possibilitem ambiência adequada favorecedora das boas práticas de atenção ao parto e nascimento

CONSIDERANDO que a Secretaria Estadual de Saúde vem desenvolvendo ações com o objetivo de ordenar ampliar e qualificar a assistência ao parto nas Maternidades e Centros de Parto Normal do Estado;

CONSIDERANDO que entre essas ações a institucionalização da assistência ao parto de risco habitual pelo enfermeiro obstetra se configura como um importante instrumento de mudanças de paradigma do modelo biologicista e medicalizado para o modelo humanizado de cuidado, com ênfase no cuidado centrado na mulher e sua família, com importantes resultados perinatais;

CONSIDERANDO a importância de normatizar e unificar os protocolos assistenciais da enfermagem obstétrica do Estado da Bahia, apresentamos o Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra no Estado da Bahia.

INTRODUÇÃO

As mulheres sempre cuidaram de outras mulheres na hora do parto, compartilhavam histórias e conhecimentos sobre a gravidez, assim como sempre fizeram com outros aspectos de sua vida cotidiana. Estas mulheres se destacaram nesta arte de cuidar e eram particularmente eficazes no ato de confortar e encorajar as outras. Estimadas pela sociedade, sua assistência era frequentemente solicitada e, aparentemente, apresentava bons resultados com o parto e nascimento, mesmo em situações adversas. Desta forma, algumas mulheres desenvolveram habilidades e conhecimentos empíricos sobre a arte de assistir ao parto e nascimento, os quais eram passados de geração a geração, ou para mulheres mais jovens quando a demanda assim o exigia (GRAMACHO & SILVA *apud* BRASIL, 2014).

No Brasil o modelo hegemônico do parto ainda é pautado em excessiva medicalização. No entanto, este modelo tem sido discutido crescentemente por profissionais e movimentos sociais, articulados em torno de um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização da assistência ao parto e ao nascimento. Este modelo é apontado como um dos responsáveis pelas altas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países, pelo desrespeito aos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, e pela redução de um evento social, cultural e de saúde a um fenômeno patológico, médico e fragmentado (TORNQUIST, 2003).

Rattner (2009) em um trabalho que abordou como tem sido desenvolvida no Brasil a política pública no que tange à humanização na atenção a nascimentos e partos, e o papel dos movimentos sociais, defende que mudanças de paradigma exigem firmeza e constância do gestor, pois sempre haverá oposição dos setores interessados pela manutenção do modelo hegemônico. Há que se dar continuidade à formação de enfermeiras (os) obstetras voltada para a mudança de paradigma e apoiar iniciativas de capacitação de doulas, assim como a implantação de centros de parto normal, com supervisão da atuação. Considera importante incentivar o trabalho conjunto da equipe, estabelecendo protocolos assistenciais locais que contemplem peculiaridades e diversidades regionais e a complementariedade das atuações (médicos, enfermeiras/os, doulas, parteiras tradicionais).

A humanização do parto refere-se a uma multiplicidade de interpretações com abordagens que se baseiam em evidências científicas, em direitos, entre outras. São recriadas

pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que vem ocorrendo muito lentamente e com enorme resistência. (GRAMACHO & SILVA, 2014)

Segundo Gramacho e Silva, 2014; apesar de o termo humanização vir se incorporando nas políticas de saúde, inclusive com a criação da Política Nacional de Humanização, seus sentidos, percepções e significados, dependem das diferentes posições ou papéis que ocupam aqueles que a ele se referem, sejam dirigentes, tomadores de decisão, profissionais de saúde, movimentos organizados da sociedade ou usuários.

Hoje, a tecnologia ainda é usada abusivamente, baseada numa crença preconceituosa e falsa em relação à mulher, de que a tecnologia é mais segura do que as mulheres para dar conta do nascimento. Por estas questões marcadamente filosóficas, pode-se dizer que a humanização do nascimento é também uma questão de gênero, porque a matriz desta visão distorcida desconsidera a mulher e sua fisiologia.

A humanização da assistência ao parto implica em respeitar a autonomia da mulher, devolver-lhe o protagonismo, e também, principalmente, que a atuação do (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A) profissional respeite os aspectos da fisiologia da mulher, que não intervenha desnecessariamente, que reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, e ofereça o necessário suporte emocional à mulher e sua família, facilitando a formação dos laços afetivos familiares e o vínculo mãe-bebê. Outros aspectos referem-se a elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A enfermagem tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com movimentos sociais feministas, em defesa da humanização no pré-natal e no nascimento. Diante disto, o MS tem criado portarias que favorecem a atuação desta (e) profissional na atenção integral a saúde da mulher, privilegiando o período gravídico puerperal, por entender que estas medidas são fundamentais para a diminuição de intervenções e riscos, tanto em maternidades, como em casas de parto, favorecendo a humanização da assistência (BRASIL, 2003).

As(os) enfermeiras(os) obstetras possuem perfil e competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para a sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade, e encaminhando aquelas que demandem assistência

especializada. Além disso, tem o papel de facilitar a participação da mulher no processo do nascimento, caminhando para o modelo fundamentado nos princípios da humanização que se baseia no respeito ao ser humano, empatia, intersubjetividade, envolvimento, vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais (MERIGHI; GUALDA, 2009).

Gramacho e Silva, 2014, trazem que o grande desafio que se coloca, para todas(os) profissionais que prestam esta assistência, é o resgate da atuação ativa da enfermeira obstetra na assistência ao parto, pois estudos já apontam que essas profissionais intervêm positivamente na redução de intervenções desnecessárias, a exemplo da prática excessiva do parto cesárea e com conseqüente diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

Dessa forma, a construção desse protocolo irá contribuir para o fortalecimento da Enfermagem Obstétrica do Estado da Bahia.

OBJETIVOS

- Criar uma linha de cuidado da Enfermagem Obstétrica no estado da Bahia;
- Normatizar a atuação profissional das Enfermeiras Obstetras no estado da Bahia, através do Conselho Regional de Enfermagem;
- Orientar e uniformizar as ações da Enfermagem Obstétrica que garantam o exercício das boas práticas de atenção à saúde da mulher, neonato e família no ciclo gravídico-puerperal, baseado nas evidências científicas;
- Fortalecer a atuação das(os) enfermeiras(os) obstetras, oferecendo subsídios técnico-científicos para sua atuação.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

A regulamentação do exercício profissional dos enfermeiros está disposto na Lei 7.498 de 1986, sancionada pelo então presidente José Sarney, definindo em seus artigos as atividades as quais os enfermeiros poderiam exercer legalmente e privativamente como:

- i) consulta de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Analisando este aspecto fica claro que os cuidados em situações de emergência e a pacientes graves são de responsabilidade exclusiva do enfermeiro, dentro da equipe de enfermagem, devido a sua formação acadêmica e titularidade. O parto é considerado uma emergência obstétrica que necessita de cuidados e condutas precisas para o seu bom desfecho. Estas condutas devem ser subsidiadas de outras ações, entre as quais no mesmo artigo 11 da referida lei trás que o enfermeiro como integrante da equipe de saúde pode realizar a **“prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde”**, bem como prestar: **“assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera”** realizar o: **“acompanhamento da evolução e do trabalho de parto”** e **“execução do parto sem distocia”**

Por uma característica da formação, o enfermeiro especialista em obstetrícia pode realizar, além do citado, ainda: **“a) assistência à parturiente e ao parto normal; b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.”** Não restando dúvidas quanto a atuação dos enfermeiros e enfermeiros obstetras no cenário de parto e nascimento.

A OMS define parto normal como: **“aquele cujo início é espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação.”**

Vale ressaltar que o mesmo é ratificado no Decreto presidencial nº 94.406 de 08 de junho de 1987, ao qual Regulamenta a Lei nº 7.498, no artigo 8, inciso II, alíneas **“h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido”**, **“i)**

participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco”, “j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto” e “l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia” e no artigo 9 referente às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetiz ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe: “I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; II - identificação das distocias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico; III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária”.

Estas ações dos enfermeiros obstétricos não são isoladas, há diversas normativas a respeito desta atuação, emitidas tanto Conselho Federal de Enfermagem, quanto pelo Ministério da Saúde, abaixo relacionadas:

Resolução COFEN 311/2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - O Profissional de Enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.
--

Resolução COFEN 223/1999: Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal.
--

Resolução COFEN 339/2008: Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências.
--

Resolução COFEN 439/2012: Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências.
--

Resolução COFEN 381/2011: Normatiza a execução, pelo Enfermeiro, da coleta de material para colpocitologia oncótica, pelo método de Papanicolaou.
--

Portaria 2815/GM/1998: Inclui na tabela SHI o grupo de procedimentos e os procedimentos referentes ao parto normal sem distocia por enfermeira obstetra inclusive a analgesia no parto.
--

Portaria SAS/743/2005: Art. 3º - Estabelecer que a emissão do laudo está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro(GRAU DE RECOMENDAÇÃO A) obstetra.
--



ASSISTÊNCIA À MULHER

1 ASSISTÊNCIA À MULHER

1.1 ASSISTÊNCIA DURANTE A ADMISSÃO

O parto e o nascimento são eventos fisiológicos. Para muitas mulheres, entretanto, o trabalho de parto pode ser um momento de medo, incerteza, excitação e ansiedade, assim como de antecipação. Isso devido a mudança do ambiente familiar, para o ambiente hospitalar, impessoal, frio e desconhecido para a mulher e sua família. (LUZES, 2007)

No sentido de harmonizar esse processo, a filosofia de cuidados deve enfatizar o respeito, assim como as suas escolhas, conciliando os desejos e anseios da mulher com as melhores técnicas assistenciais que devem ser flexíveis e que garantam autonomia e promovam o autocuidado.

Para tanto é preciso avaliar o conjunto físico, obstétrico, familiar e psicológico da mulher, trazendo para o contexto hospitalar o histórico da gestante, bem como as suas emoções para aquele momento.

Para um bom trabalho de parto devemos ter em mente a preparação do 4 P's (MONTENEGRO & REZENDE, 2013)

1. Passageiro – Avaliar corretamente a idade gestacional, de preferência pela DUM confiável ou pela USG de até 14 semanas com Comprimento Nádega nuca fetal (CNN fetal).
2. Passagem – Avaliar se a gestante possui condições físicas para o parto normal;
3. Potência – Avaliar a dinâmica uterina da mulher durante o período de 10 minutos, caracterizando as contrações existentes ou não;
4. Psicológico – Avaliar o estado psicológico da gestante.

Avaliação inicial na admissão

Toda mulher que procura o serviço de saúde queixando-se de algia na região abdominal irradiando-se para a região sacra, com referida perda de líquido ou de tampão mucoso, com ou sem raja de sangue, deve ser devidamente acolhida e classificada de acordo com o seu risco, conforme protocolo, com a suspeita de trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. A identificação da mulher deve começar no primeiro contato com a mesma,

devendo-se ser cordial e tratá-la sempre pelo primeiro nome. Apresentar-se com o nome e profissão.

Em uma sala específica para avaliação inicial, deverá ser realizada a escuta das queixas da gestante, observando o nível de consciência, os seus sinais vitais, como pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca, saturação e sinais de alerta.

A mulher e seu acompanhante presente deverão ser questionados quanto:

1. Gestações anteriores e desfechos (parto ou aborto)
2. Perda de líquido amniótico – Há quanto tempo de bolsa rota, características do líquido;
3. Movimentos fetais – Se ausentes, há quanto tempo;
4. Perda do tampão mucoso – características da secreção e há quanto tempo;
5. Sangramento;
6. Contrações – Há quanto tempo está tendo e a frequência das contrações;
7. Intercorrências durante a gestação (ITU, HAS, DM, Leucorréias, entre outros)
8. Medicamentos usados durante a gestação;
9. Alergias;
10. Se realizou pré-natal e possui exames laboratoriais e de imagem.
11. Complicações nos partos anteriores (prematuridade, baixo peso, macrosomia, placenta retida, hemorragia pós-parto, entre outros)

As perguntas devem ser de forma clara, objetiva com uma linguagem simples e harmoniosa que favoreça a abertura do diálogo, e em caso de dúvidas modifique a sua abordagem ou reelabore sua pergunta, evitando os julgamentos. Deverá ser realizada também a leitura do cartão de pré-natal, e interpretação dos exames apresentados, correlacionados com a clínica obstétrica.

Da leitura do cartão de pré-natal deve-se prestar atenção aos aspectos:

- Clínicos – (HAS, DM, Sorológicos, cirurgias prévias, comorbidades, imunizações, tipo sanguíneo, anemia grave, anemia falciforme entre outras)
- Obstétricos – (Gestações anteriores, citologia oncótica, colposcopia, pré-eclampsia; eclampsia)
- Perinatais – (prematuridades, peso dos filhos anteriores, macrosomia, baixo peso)
- Idade materna – (maior risco em menores de 14 anos e maiores de 45 anos)

- Idade gestacional – (DUM confiável ou USG de até 14 semanas)
- Controle pré-natal – (Quantidade de consultas de pré-natal)
- Ganho de peso e altura uterina
- Patologias durante a gravidez
- Impossibilidade de não amamentar
- Observar a linearidade da Tensão arterial (se aumentou, apresentou pico hipertensivo).

Exame Físico na admissão

Durante o exame físico devem ser explorados os aspectos de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 01 – Exame físico geral e obstétrico

Aspecto	Sinal/Conduta	Cuidados
Inspeção de pele e mucosas	Palidez	Confrontar com Hb/Ht – possível anemia
	Cianose	Verificar SpO ₂ , FC e FR, possível choque ou insuficiência cardíaca
	Hidratação	Questionar sobre êmese, possível desidratação
	Edema	Verificar PA e riscos para HAS gestacional
	Lesões dérmicas	Avaliar dermatoses ou violência doméstica
Inspeção torácica	Observar expansibilidade	Relacionar com sinais vitais e condição circulatória
Inspeção da região abdominal	Aumento do volume uterino	Medir altura uterina com fita métrica Realizar manobra de Leopold* para confirmação da presença do feto, Situação (longitudinal, transversa ou oblíqua); Apresentação (cefálico, pélvico ou cômico); Posição (direita ou esquerda materna)
	Ausulta do BCF**	Realizar ausculta fetal com sonar durante 1 minuto inteiro para determinar BCF adequado
	Presença de cicatrizes na região abdominal	Questionar a mulher sobre a cirurgias anteriores na região abdominal
Inspeção de aparelho genito-urinário	Observar a vulva, canal vaginal e uretral	Visualizar se há presença de condilomas, úlceras e secreções – conduta de abordagem sindrômica e cuidados especiais
	Toque vaginal	Realizar o toque vaginal na presença de contração uterina, procurando conhecer a altura da apresentação, variedade de posição, dilatação cervical, apagamento do colo, condições da bolsa amniótica
Inspeção de Membros inferiores	Observar presença de edema e/ou varizes	Verificar Pressão arterial, história vascular

Observação: Registrar achados em prontuário

***MANOBRA DE LEOPOLD:**

Primeira manobra (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A): Palpa-se o fundo uterino procurando identificar o polo fetal que o ocupa. Normalmente encontram-se as nádegas. O rebote cefálico nesse nível indica apresentação pélvica que deve ser confirmada através do exame genital.

Segunda manobra (b): Palpa-se os flancos da mãe para se determinar a situação e posição do dorso fetal. Nos casos de situação transversa palpam-se os polos.

Terceira manobra (c): Permite palpar o polo fetal que se apresenta, que normalmente é o cefálico. Isto pode ser confirmado pela manobra do rechaço e pelo exame genital.

Quarta manobra (d): Permite avaliar o encaixamento da apresentação na pelve e a flexão. Se os dedos são introduzidos em uma escavação vazia, deve suspeitar-se de situação transversa.

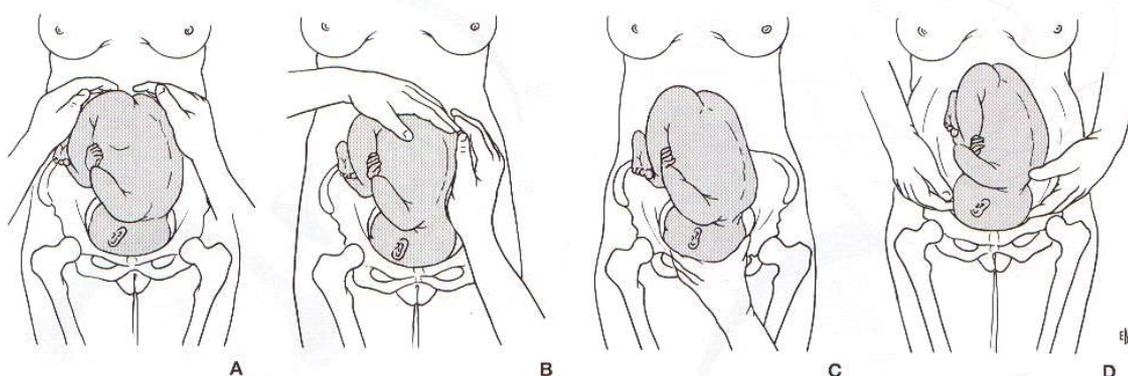


Figura 1: Manobras de Leopold

Observação: A suspeita de desproporção feto-pélvica deve ser confirmada pela pelvimetria interna através do exame genital. A manobra de Leopold consiste em identificar a apresentação e posição fetal.

****AUSCULTA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA FETAL**

Esse procedimento visa verificar a:

- Presença de gravidez;
- Vitalidade do conceito;

- Presença de gestação múltipla;

Permite ainda:

- Identificar alterações grosseiras do ritmo cardíaco;
- Acompanhar a hígidez do feto;
- Confirmar a posição fetal identificada pela palpação obstétrica.

Se existem fatores de risco, deve-se intensificar o cuidado na ausculta do BCF.

Com a técnica de ausculta Estetoscópio de Pinard ou Detector cardíaco fetal (Sonar-doppler) deve-se empregar a seguinte conduta para avaliação do BCF:

- A ausculta deve ser feita durante 60 segundos;
- Podem ocorrer variações na ausculta fetal logo após as contrações, levando episódios de bradicardia e taquicardia fetal, atentar para quadros persistentes;

Ruídos que podem ser captados

Abordaremos especificamente o conteúdo relacionado aos batimentos cardíacos fetais, ao sopro funicular e ao sopro da artéria uterina, porém existem outros ruídos que podem ser captados.

Quadro 02: Ruídos que podem ser identificados durante a ausculta fetal

Ruídos de origem fetal	Ruídos de origem materna
<ul style="list-style-type: none"> • Batimentos cardíacos fetais (BCF); • Ruídos de choque; • Sopro funicular; • Movimentos ritmados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sopro da artéria uterina; • Ruídos intestinais; • Batimentos da aorta abdominal.

Quadro 03: Distinção entre BCF, sopros funicular e da artéria uterina

O som correspondente ao BCF, é curto e seco, duplo e às vezes triplo, semelhante ao ritmo de “galope”. O som relacionado ao cordão umbilical (sopro funicular) é soproso, único e isócrono com os batimentos cardíacos fetais e o ruído placentário (artéria uterina) é mais abafado, isócrono com o pulso materno e comparável ao vento em redemoinho.

Quadro 04: Situações que podem dificultar a audibilidade dos BCF's

- **Obesidade;**
- **Edema da parede abdominal;**
- **Presença de polidrâmnio;**
- **Implantação placentária anterior;**
- **Variedade de posições e atitudes fetais;**
- **Presença de contração uterina.**

Apesar da frequência cardíaca fetal normalmente oscilar entre 120-140 (próximo ao termo da gestação) a 160 batimentos por minuto (no início da gestação), nas últimas semanas de gravidez, pode ocorrer queda gradual da FCF, atingindo valores normais entre 110 e 160 batimentos por minuto (ACOG, 2000)

O aumento transitório na frequência cardíaca fetal, denominado de aceleração transitória (aumento de 15 a 25bpm com duração entre 15 e 30 segundos), após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico é sinal de bem estar fetal.

Quadro 05: Taquicardia fetal X Bradicardia fetal (LISTON, 2007; ACOG, 2000)

Taquicardia fetal: Frequência cardíaca maior que 160 batimentos por minuto Bradicardia fetal: Frequência cardíaca menor que 110 batimentos por minuto	
Causas prováveis de taquicardia fetal	Causas prováveis de bradicardia fetal
<ul style="list-style-type: none"> • Hipoxemia crônica; • Corioamnionite; • Hipertermia materna (a cada grau de temperatura acima de 37°C há uma elevação de 10-20 batimentos); • Drogas (terbutalina, ritodrina, salbutamol, isoxsuprina, atropina, nicotina); • Resposta fetal à estímulos sonoro e vibratório; • Hiperatividade fetal; • Taquiarritmias cardíacas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pós-maturidade; • Droga: propanolol; • Bradiarritmias cardíacas; • Casos graves de asfixia fetal.

Afastada febre e /ou uso de medicamentos pela gestante, a presença de bradicardia ou taquicardia fetal, pode estar associada ao sofrimento fetal. Nesse caso, é necessária avaliação médica.

Foco de ausculta

Corresponde à região com raio de mais ou menos 3cm, na qual a audibilidade dos batimentos cardíacos é máxima. Situa-se ao nível da quarta vértebra dorsal do feto.

Atenção aos itens (LISTON, 2007)

- No início do período gestacional até a 20ª semana de gestação, o batimento é único, sistólico e audível, geralmente, na linha mediana, independente da posição fetal. Posteriormente, torna-se duplo com duas bulhas, sistólica (mais longa) e diastólica (mais curta);
- Após o 5º- 7º mês de gestação, deve-se primeiramente realizar a palpação obstétrica; pois as localizações do polo cefálico e do dorso fetais ajudam a definir o melhor local para a ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- Nas apresentações cefálicas o foco de escuta é na região infra-umbilical e nas apresentações pélvicas é supra-umbilical. Nas situações transversas, o foco de escuta coincide com a linha abdominal mediana; junto à cicatriz umbilical;
- No caso de gestação gemelar, os batimentos cardíacos de cada um dos fetos apresentam frequências diferentes de 8-10 batimentos por minuto e entre eles, há uma zona de silêncio mais ou menos extensa.

Quadro 06: Técnica de Ausculta de BCF com estetoscópio de Pinard ou Sonar-Doppler

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o tronco ligeiramente fletido e o abdome descoberto;
- Primeiramente, deve-se realizar a palpação obstétrica, a fim de definir a localização do polo cefálico e do dorso fetal. Além disso, pode perguntar à gestante em que lado ela percebe maior movimentação fetal. O dorso fetal estará no lado oposto;
- Em seguida, deve segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, posicionando a extremidade de abertura mais ampla (parte coletora) ou o Sonar Doppler, perpendicularmente sobre a parede abdominal da gestante, no local determinado como foco de escuta;
- Contar os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando ritmo e frequência;



Figura 2: Ausculta de BCF

Conduta: Quando se registra bradicardia persistente ou desacelerações tardias o parto deve ser conduzido segundo normas de alto risco com comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso. A bradicardia leve, a taquicardia e as desacelerações variáveis são situações de alarme ante as quais deve-se extremar a vigilância do BCF, com a mãe em decúbito lateral esquerdo.

Padrão de contratilidade uterina

Deve-se determinar o padrão de contratilidade uterina pela apreciação do tônus, frequência, duração e intensidade das contrações e o momento em que a mãe começou a perceber a intensificação de algum destes parâmetros. Pode ser utilizado o método clínico com a palpação abdominal ou através da cardiocotografia ou da aferição da pressão intrauterina. (Grau de recomendação A)

Para que as contrações sejam percebidas, sua intensidade deve ultrapassar um certo valor (limiar de percepção por palpação). Em condições normais, o valor médio do limiar de percepção por palpação é de 50 mmHg acima do tonos normal da pressão amniótica. (MONTENEGRO & REZENDE, 2013)

Quadro 07 – Contração uterina

Método Clínico – Mão repousada sobre abdome	Tônus	Frequência (Ct./10min.)	Duração (Seg)	Intensidade
Normal	Palpam-se partes fetais. Útero se deprime entre contrações.	2 a 5	20 -60	O útero não se deprime no acme da contração.
Anormal	Hipertonia Impossível palpar partes fetais. Dor	> 7	> 60	Hipersistolia Útero não se deprime em momento algum da contração

Técnica: O controle clínico das contrações uterinas deve ser realizado por períodos não menores que 10 minutos, colocando a mão estendida no abdome da mãe sobre o corpo uterino, sem estimulá-lo.

Conduta: Contratilidade normal:

- Admitir a mãe para atenção, segundo normas de baixo risco, após confirmação da dilatação por toque vaginal, com abertura de partograma se 04 cm de dilatação cervical e colo 100% apagado ou 05 cm com qualquer apagamento do colo (Grau de recomendação A);
- Observar o progresso do parto.
 - ✓ Após avaliação e confirmação de baixo risco orientar a parturiente a deambular, utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor.
 - ✓ Em trabalho de parto ativo abrir o partograma e fazer acompanhamento pelo mesmo.

Exame genital feminino

Quadro 08: Exame genital

	TÉCNICA	AVALIAR
TOQUE VAGINAL	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeção dos genitais externos; • Separar os pequenos lábios com os dedos polegar e anular da mão; • Inspeccionar o introito vaginal; • Realizar o toque se houver contrações uterinas, evitando assim toques desnecessários; • Introduzir horizontalmente os dedos indicador e médio da mão na direção do eixo vaginal, com os dedos anular e mínimo flexionados e o polegar estendido; • Palpar com a superfície palmar dos dedos; • Manter o antebraço em posição horizontal; • Apoiar o fundo uterino com a mão externa; • Não retirar os dedos até haver completado o exame. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais de DST's • Amplitude e elasticidade das partes moles; • Dilatação, apagamento e posição do colo; • Integridade das membranas ovulares; • Hemorragias genitais; • Apresentação, variedade de posição e altura; • Proporção feto-pélvica; • Avaliar a possível presença de mucosidade, líquido ou sangue, na luva.

Quadro 09: queixas de perdas vaginais frequentes

QUEIXA	ACHADO	CARACTERÍSTICAS	CONDUTA
SECREÇÕES VAGINAIS	Tampão mucoso	Secreção espessa, de coloração transparente, podendo apresentar rajadas de sangue, cuja emissão obedece ao começo da dilatação e ao apagamento do colo uterino.	Questionar a mulher quando iniciou o processo de perda e orientá-la sobre o processo do trabalho de parto e nascimento
	Corrimento vaginal	Secreção vaginal com coloração esbranquiçada, amarelada ou esverdeada, com ou sem odor fétido, associado ou não a prurido vaginal	Seguir abordagem sintômica
PERDA DE LÍQUIDO	Líquido amniótico	Líquido emitido, normalmente, é transparente e de odor característico, semelhante a líquido seminal ou a hipoclorito de sódio; pode ter cor amarelada ou esverdeada (mecônio), ou purulento, se há infecção ovular.	Quando a perda de líquido não é evidente, procede-se a um exame especular com mobilização do polo fetal para a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical.
SANGRAMENTO VAGINAL	Pequenos sangramentos podem estar associados à dilatação cervical porém toda perda sanguínea pelos genitais deve ser avaliada adequadamente, principalmente se seu volume é abundante. As hemorragias graves constituem uma situação de alto risco. Aproximadamente metade das hemorragias ao termo da gestação ocorrem devido a placenta prévia e descolamento prematuro da placenta (DPP).		

Em caso de perda de líquido ou sangue pelos genitais, deve-se avaliar sua procedência e magnitude por exame especular prévio ao toque vaginal. Não realizar o toque vaginal em caso suspeito ou confirmado de placenta prévia. (DOWNE et al., 2013) (Grau de recomendação A).

Poderá ser utilizada a luva de procedimento para o toque vaginal em caso de bolsa íntegra, sem sangramento vaginal. Caso contrário deve ser utilizado luva estéril. O toque deve ser realizado preferencialmente a cada 3 ou 4 horas, evitando toques repetitivos em curtos prazos (DOWNE et al., 2013) (Grau de recomendação A).

Dilatação, apagamento e posição do colo

O apagamento e a dilatação cervical se produzem por efeito das contrações e modificações bioquímicas do colo ao final da gravidez. O apagamento é a redução da longitude do canal cervical. Ao completar-se o apagamento, o orifício cervical externo se confunde com o interno. Habitualmente, a primigesta completa o apagamento antes de se iniciar a dilatação. Na múltipara os processos são simultâneos. O apagamento se descreve indicando a longitude do canal endocervical, em valores absolutos (1 a 4 cm), ou em porcentagem (0 a 100 %). A dilatação é a ampliação transversal do colo uterino que varia entre alguns milímetros até 10 cm. A dilatação se mede introduzindo os dedos exploradores pelo orifício cervical e separando-os até tocar as bordas do colo.

No colo imaturo, o orifício cervical externo se encontra geralmente no fundo de saco posterior. Ao amadurecer, sua posição muda e se torna centralizado.



Figura 3: Amadurecimento do colo uterino

Estado das Membranas

Diante do relato de eliminação de líquido pelos genitais, verificar a integridade das membranas durante o exame genital que pode se confirmar simplesmente ao ver líquido fluindo pela vulva. Deve ser feito o diagnóstico diferencial com emissão involuntária de urina. O líquido emitido é transparente e de odor característico – semelhante a líquido seminal ou a hipoclorito de sódio – pode ter cor amarelada ou esverdeada (mecônio) ou ser purulento, se há infecção ovular. Quando a perda de líquido não é evidente, procede-se a um exame especular com mobilização do polo fetal para a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical. (DOWNE et al., 2013) (Grau de recomendação A).

A ruptura prematura das membranas ovulares (RPMO) é o quadro caracterizado pela ruptura espontânea das mesmas antes do começo do trabalho de parto. O período de latência é o tempo transcorrido entre o momento em que se produz a ruptura e o parto. Quando maior que 24 horas, a ruptura se define como prolongada. Quando a RPMO se produz em gestações de termo, o trabalho de parto se inicia espontaneamente dentro das primeiras 24 horas em mais de 80% dos casos.

Toda mulher com diagnóstico de RPM e sua família devem receber aconselhamento sobre a morbidade e mortalidade associadas à idade gestacional e sobre a eficácia limitada do tratamento. A conduta em relação à RPM dependerá da idade gestacional em que a mesma ocorrer (BRASIL, 2012b) (Grau de recomendação A).

Evitar toques vaginais frequentes em gestantes com RPM em trabalho de parto. Embora a cesariana possa reduzir a mortalidade neonatal em recém-nascidos de extremo baixo peso (<1.000g), a morbidade neonatal pode ser extremamente alta, não justificando o procedimento. Devem ser considerados também os riscos maternos, principalmente o alto risco de infecção puerperal (BRASIL, 2012b) (Grau de recomendação A).

Avaliação da apresentação

O toque vaginal permite identificar a apresentação. Se toca um polo duro e regular e este corresponde ao polo cefálico, confirmando o que já fora identificado pela manobra de Leopold, pode concluir-se que a apresentação é cefálica. Se é encontrada a escavação vazia ou um polo volumoso mole e irregular, e a palpação abdominal mostra rechaço no fundo ou em um dos flancos, deve-se suspeitar de uma apresentação podálica ou uma situação transversa e, portanto, o parto é de alto risco.

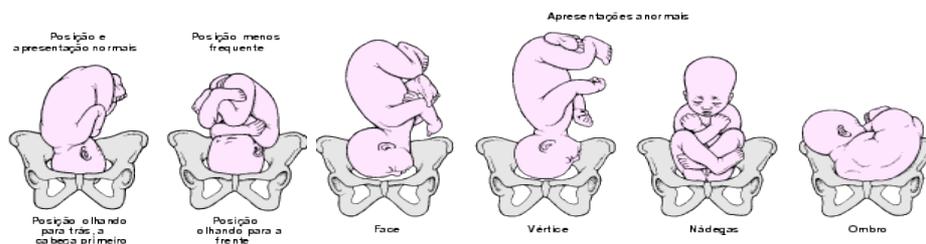


Figura 4: Avaliação da apresentação

Conduta: As apresentações anômalas devem ser assistidas segundo normas de alto risco. Deve-se solicitar avaliação médica.

Altura e variedade de posição na apresentação cefálica de vértice

O progresso do parto se avalia pelo grau de encaixamento da apresentação além da contratilidade e da dilatação cervical. Habitualmente, as nulíparas iniciam o trabalho de parto com a cabeça fetal encaixada e a descida se acelera ao final da dilatação. As multíparas iniciam a dilatação com a cabeça insinuada ou fixa até a dilatação completa, sucedendo-se no período expulsivo o encaixamento e a rotação.

Várias técnicas podem ser utilizadas para se determinar o grau de encaixamento do polo cefálico. A altura da apresentação no canal de parto poderá ser determinada tendo como referência as espinhas isquiáticas, utilizando a escala de De Lee ou de Hodge.

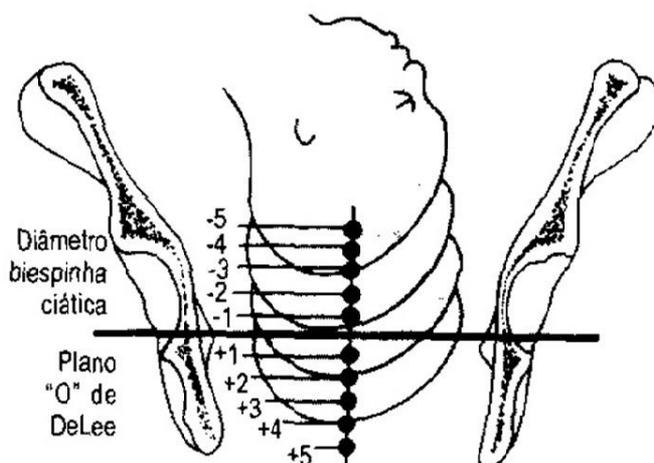


Figura 5: Altura da apresentação segundo escala de De Lee

Pela escala de De Lee, quando o ponto mais baixo da apresentação se encontra no mesmo nível das espinhas isquiáticas, designa-se plano 0 (zero). Acima ou abaixo das espinhas, o canal de parto pode ser dividido em quintos, correspondendo à medida em centímetros, ou seja, 5 cm acima e abaixo.

Deste modo, à medida que a apresentação desce da borda superior do púbis em direção às espinhas, designam-se os planos em -5, -4, -3, -2, -1 e depois 0. Ao ultrapassar as espinhas em direção ao períneo, os planos são designados em +1, +2, +3, +4 e +5. Dividindo o canal de parto em terços acima ou abaixo das espinhas, temos os planos -3, -2, -1, 0, +1, +2 e +3, correspondendo, respectivamente à descida da apresentação da borda superior do púbis até o períneo.

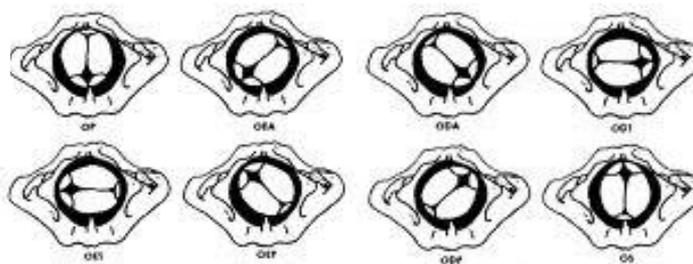
No registro da altura da apresentação deve-se identificar o método de avaliação, colocando-se no numerador o plano e no denominador o sistema utilizado. Ex.: -5/5, -4/5, -3/5, -2/5, -1/5, 0, +1/5, +2/5, +3/5, +4/5, +5/5 e -3/3, -2/3, -1/3, 0, +1/3, +2/3, +3/3.

Variedade de Posição

A variedade de posição se define pela relação entre um ponto de reparo fetal (fontanela posterior) e a hemipelve materna. Para fazer o diagnóstico em apresentação de vértice deve-se identificar a sutura interparietal com o dedo que toca e segui-la até encontrar a fontanela posterior, menor, occipital ou lambdóide que se identifica por sua forma triangular e menor tamanho, da anterior, frontoparietal ou bregmática, de forma quadrangular e maior tamanho.

Figura 6: Variedade de posição

OEP - occipito-esquerda-posterior
ODA - occipito-direita-anterior
ODT - occipito-direita-transversa
ODP - occipito-direita-posterior
OS - occipito-sacra



As variedades posteriores, as deflexões e os graus limite de proporção feto-pélvica produzem retardo na descida da cabeça fetal.

Na apresentação em vértice podem ocorrer vários graus de flexão da cabeça (materializados pelo diâmetro supraoccipitomentoniano, linha contínua, e o occipitobregmático, linha pontilhada). A – Flexão moderada (uma deflexão complementar levaria a fontanela maior ao centro da pelve, gerando uma apresentação de bregma). B – Flexão avançada. C – Flexão completa (o diâmetro a cabeça fetal é o suboccipitobregmático).

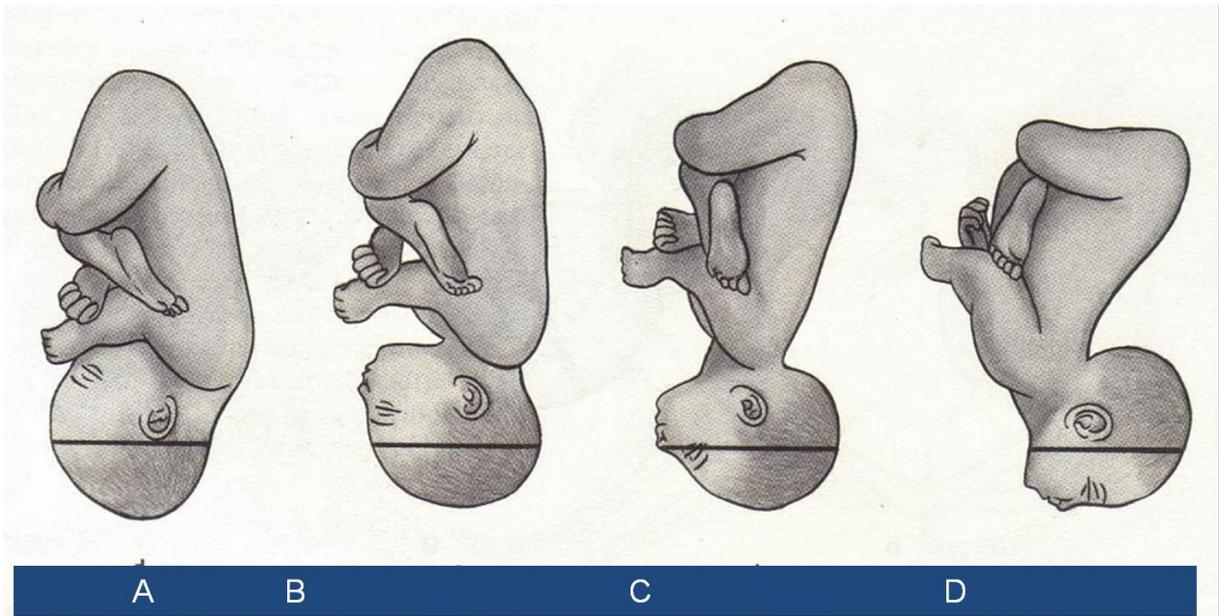


Figura 7: Graus de deflexão da apresentação cefálica

Se for impossível tocar a fontanela posterior e se encontra a fontanela anterior, é possível que a deflexão seja extrema e se trate de apresentação de bregma, fronte ou face, situação de risco que requer assistência correspondente com médico obstetra assumindo a condução do caso.

Na apresentação de fronte podem reconhecer-se os arcos orbitários, os olhos e o nariz. A apresentação de face é o grau máximo de deflexão. Associa-se a pelve plana e más-formações fetais. Diagnostica-se pela identificação dos arcos ciliares, olhos, nariz, boca e mento ao toque por via vaginal.



ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

1.2 ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O diagnóstico de trabalho de parto é um processo dinâmico, devendo haver contrações uterinas rítmicas e regulares, apagamento e dilatação cervical progressivas. De preferência, a gestante só deve ser admitida quando estiver na fase ativa do trabalho de parto que, segundo o CLAP (Centro Latino-Americano de Perinatologia), se define quando a mesma estiver com dilatação cervical de 4 com colo completamente apagado ou com 5 cm independente do apagamento. (MONTENEGRO & REZENDE, 2013)

As mulheres que não satisfizerem esses critérios deverão ser orientadas sobre a sua situação e, se residirem próximo ao Hospital, deverão retornar às suas casas e retornarem quando houver intensificação da frequência e intensidade das contrações uterinas. Nas demais situações, a mesma será admitida em regime de observação por 2 a 3 horas para se confirmar o progresso do parto.

Conduta da Enfermeira Obstetra após a avaliação inicial: não havendo achados patológicos, a gestante será admitida, de acordo com os critérios estabelecidos de risco habitual, com preenchimento da AIH conforme portaria ministerial Nº 743 de 20 de dezembro de 2005 e solicitação dos seguintes exames laboratoriais, ou complementares se forem necessários:

1. Exames laboratoriais:

- Hemograma completo ou Ht+Hb+Plaquetas
- Tipagem sanguínea (ABO/RH)
- Anti-HIV 1 e 2
- HTLV 1 e 2
- HIV (teste rápido)
- VDRL
- Teste rápido para sífilis
- Sumário de Urina

- Uréia
- Creatinina
- TGO
- TGP
- Bilirrubina total e frações

2. Exames complementares:

- Cardiotocografia para avaliação da vitalidade fetal
- Ultrassonografia obstétrica

Quadro 10: Diagnóstico e condutas diferenciais das fases do trabalho de parto

TRABALHO DE PARTO EM GESTAÇÃO >37 SEMANAS E < 42 SEMANAS		
Diagnóstico	Sinais	Condutas
Período Premonitório	Aumento gradual da atividade uterina – contrações com ritmo irregular, incoordenadas, por vezes dolorosas	Orientar a mulher e a família sobre as contrações do trabalho de parto ativo, bem como a frequência e duração das mesmas;
	Aumento das secreções cervicais – perda do tampão mucoso – eliminação de muco, por vezes acompanhado de sangue	Exame obstétrico, realizando de preferência exame especular ao invés do toque vaginal, que será realizado se necessário, para avaliação da dilatação, apagamento, altura da apresentação, a integridade da bolsa, secreções vaginais, integridade do canal vaginal e vulva;
	Descida do fundo uterino, caracterizado por seu abaixamento em cerca de 2 a 4 cm	Orientar sobre a diferença de líquido amniótico para o tampão mucoso e a observar as perdas vaginais;
		Realizar medição do fundo uterino com fita métrica e realizar a comparação com o cartão de pré-natal
Orientar e estimular a mulher em condutas ativas não invasivas, como deambular, manter-se em posição verticalizada, aumentar a ingestão hídrica, com água, sucos e chás, evitar jejuns, uso de banhos para relaxamento, atividades sexuais devem ser estimuladas, se for o desejo da gestante. Orientar a retornar ao serviço de saúde em caso de presença de sinais de trabalho de parto ativo ou sinais de alerta.		
Trabalho de parto latente	Corresponde ao final do período premonitório e início do trabalho de parto, quando as contrações, embora rítmicas, são incapazes de promover a dilatação do colo uterino.	Realizar as mesmas condutas do período premonitório
Trabalho de parto ativo	Contrações uterinas rítmicas, em geral dolorosas, que se estendem por todo o útero. (Mínimo de 2 contrações em 10 minutos)	Promover a participação ativa da parturiente e membro do grupo familiar que a acompanha.
	Colo uterino dilatado para, no mínimo 4 cm, com apagamento total ou 5 cm independente do apagamento.	Abrir o partograma adequadamente e mantê-lo atualizado a cada 1 hora com a dinâmica uterina, ausculta fetal e fluidos ingeridos e a cada 3 horas a dilatação cervical, mantendo vigília constante sobre a mulher
Utilização dos métodos não invasivos para alívio da dor – vide Quadro 12 Evitar uso de práticas comprovadamente ineficazes e que promovem danos – vide Quadro 13 Utilização das boas práticas no parto e nascimento - vide Apêndice III Prescrição e conduta a cargo da avaliação da enfermeira obstetra		



ASSISTÊNCIA DURANTE O PERÍODO DE DILATAÇÃO

1.2.1 ASSISTÊNCIA DURANTE O PERÍODO DE DILATAÇÃO

A cada contato dos profissionais com a parturiente, deve-se fornecer informações acerca do seu desenvolvimento do trabalho de parto, oferecendo-lhe instrumentos não invasivos para alívio da dor e para a condução do trabalho de parto e parto, utilizando uma atenção tranquilizadora. Incluir a participação do cônjuge ou outro membro do grupo familiar no parto facilita o processo de condução e aprendizado sobre o evento. Uma vez iniciado este processo de informações e diálogo deve-se incluir os seguintes conteúdos:

- Informação sobre o trabalho de parto;
- Recomendações sobre a participação ativa da mulher e a do acompanhante;
- Importância da posição vertical, da deambulação e exercícios para o período de dilatação e expulsão;
- Importância da hidratação oral e manutenção de dieta, de acordo com a aceitação da parturiente, durante o trabalho de parto, parto e nascimento;
- Importância do aleitamento materno na primeira hora de vida, com o contato pele a pele.

A informação que se dá à mãe deve ser verídica podendo assim, contribuir para que o trabalho de parto se desenvolva sem ansiedade. A linguagem utilizada deve ser apropriada ao seu nível cultural, evitando lançar muitas informações ao mesmo tempo, utilizando-se do intervalo entre as contrações, período ao qual a mulher consegue ter atenção no diálogo.

Deve-se estar atento aos sinais vitais da parturiente e do seu feto, observado de forma sistemática e programada a pressão arterial sistêmica, temperatura, frequência cardíaca materna, a frequência cardíaca fetal, movimentos fetais, dinâmica uterina, perda de líquidos e secreções vaginais, avaliando aspectos característicos dos mesmos (cor, cheiro, textura e viscosidade) entre outros sinais que considerar necessários e em caso de alterações dos mesmos, que possa ocasionar riscos maternos e fetais, o médico plantonista ou obstetra plantonista deverá ser comunicado.

Quadro 11: Avaliação dos sinais vitais

Cuidado	O que observar	Intervalo	Observação
Sinais vitais maternos	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência cardíaca materna • Frequência respiratória • Pressão arterial • Temperatura 	A cada 4 horas	Repetir se aparecerem sintomas de sua provável alteração, por exemplo: dispnéia, lipotímias, cefaléias, escotomas visuais, zumbidos, calafrios, sudorese.
	Se constatar a existência de alterações acima referidas, deverá ser utilizada a clínica para diagnósticos diferenciais, solicitar avaliação médica para controle de emergências e distócias.		
	Na ausência de alterações: <ul style="list-style-type: none"> • Vigiar estritamente o BCF de 1h/1h, se bolsa íntegra, bolsa rota de 30/30min e registrar no partograma e prontuário; • Realizar dinâmica uterina de 1h/1h e registrar no partograma e prontuário; • Avaliar o progresso do trabalho de parto para decidir o tipo de assistência adequada. 		

Durante o trabalho de parto ativo se faz necessária a atenção para algumas práticas e técnicas que busquem o bem estar materno e fetal, utilizando-os de forma planejada e individualizada. Devemos evitar o jejum prolongado da parturiente, oferecendo líquidos tais como água, chás, sucos, bebidas açucaradas, melaços entre outros (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A). A hidratação venosa é desaconselhada como rotina (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A).

Deve-se estimular a parturiente uma atitude ativa com movimentação e exercícios livres durante o trabalho de parto, parto e nascimento, favorecendo as posições verticais e uso de métodos não invasivos para alívio da dor conforme o Quadro 12, Apêndice III e Anexo. Deve-se estar atento às práticas consideradas prejudiciais e que devem ser eliminadas, conforme o Quadro 13.

Quadro 12: Métodos não invasivos para alívio da dor

Protocolo assistencial utilizando os recursos não invasivos na fase ativa do trabalho de parto*			
Dilatação	Recurso terapêutico	Tempo	Técnica
3-5 cm	Chuveiro	Mínimo 20 minutos	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre
	**Mudanças de posturas	15 minutos (cada)	Decúbito lateral esquerdo, quatro apoios, sentada, posição ortostática
	Deambulação	Livre – mínimo de 30 minutos	Deambulação
	Massagem	Mínimo 10 minutos	Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4.
6-7 cm	Chuveiro	Mínimo 20 minutos	Idem anterior
	Banho de imersão		Livre
	Massagem	Durante as contrações	Idem anterior
	**Mudança de posturas	15 minutos (cada)	Idem anterior
	Técnica respiratória	Durante e entre as contrações	Respiração lenta e profunda, inspirando pela nariz e expirando pela boca
	Deambulação	Livre – mínimo de 30 minutos	Deambulação
	Relaxamento	Intervalo entre as contrações	Relaxamento muscular progressivo
	Associação de recursos		
8-10 cm	Banho de imersão	Livre	Idem anterior
	**Mudança de posturas	15 minutos (cada)	
	Técnica respiratória	Durante e entre as contrações	
	Relaxamento	Intervalo entre as contrações	
	Associação de recursos		

* GALLO et al 2011, adaptado

**Estimular posturas verticais livres, podendo utilizar bola, cavalinho e banquetas.

Quadro 13: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS*
<ul style="list-style-type: none">• Uso rotineiro de enema• Uso rotineiro de tricotomia• Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto (Solução glicosada)• Acesso venoso de rotina• Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto e parto• Exame retal• Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos• Uso de rotina da posição de litotomia, com ou sem estribos durante o trabalho de parto• Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto• Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto• Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias• Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto• Lavagem uterina rotineira após o parto• Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto• Clampamento precoce do cordão umbilical• Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto• Uso liberal e rotineiro de episiotomia• Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto• Sondagem vesical de rotina

*OMS, 1996, adaptado

Instrumentos para acompanhamento do trabalho de parto

Amniotomia

A amniotomia encurta a duração do trabalho de parto, porém se associa a uma série de riscos possíveis para a mãe e seu filho. Conservando a posição vertical sem outras manobras,

pode evitar-se o prolongamento do trabalho de parto. A amniotomia não tem indicação como manobra rotineira no trabalho de parto normal.

A amniotomia deve ser postergada até 7-8 cm de dilatação e quando o polo cefálico já tenha ultrapassado o plano zero De Lee, a não ser nos casos em que há alterações dos BCF e torna-se necessário a verificação da presença ou não de mecônio no líquido amniótico. A amniotomia só deve ser realizada ante a aparição de complicações em casos de:

- Trabalho de parto prolongado (descartada desproporção feto-pélvica e hipodinamia);
- Necessidade de encurtar o trabalho de parto por patologia materno-fetal;
- Polihidrâmnios;
- Hemorragia por placenta prévia marginal;
- Descolamento prematuro da placenta;
- Feto morto ou malformação fetal.

Se as membranas se rompem espontaneamente ou a amniotomia é efetuada artificialmente, deve-se assinalar o aspecto do líquido amniótico na história e no partograma. A presença de mecônio não é sinal de sofrimento fetal, porém se associa a maior risco de morbimortalidade neonatal.

Técnica: Deve ser realizada por enfermeiro obstetra ou médico obstetra. Pode-se lançar mão da amniotomia, ruptura da bolsa amniótica realizada propositalmente, com uso de luva estéril e amniótomo, durante a contração uterina, através do toque bidigital, as membranas devem ser rompidas. Deve ser registrado o momento em que foi realizado o procedimento, bem como cor e aspecto do líquido encontrado.

Devem-se avaliar os riscos e benefícios. Evitar o uso rotineiro no primeiro período do parto. Reserva-se seu uso em condições onde sua prática seja claramente benéfica (D). Ao realizá-la, deve-se manter a mão bidigitalmente dentro da cérvix, até o esvaziamento do líquido amniótico com perfeito encaixe do polo fetal no colo uterino; evitando-se, assim, o prolapso de cordão umbilical. Tal procedimento é desaconselhável em casos de polidramnia, pelo risco de descolamento prematuro de placenta e/ou prolapso de cordão.

Partograma

No sentido de se avaliar o progresso do trabalho de parto de forma mais objetiva, bem como de se adotar condutas mais uniformes nos desvios da normalidade do mesmo, vários

autores, incluindo a OMS (Organização Mundial de Saúde), desenvolveram gráficos nos quais se registram os dados referentes à evolução do trabalho de parto, principalmente a dilatação, comparando-se estes dados com curvas de evolução normal, chamadas curvas de alerta, já constantes dos mesmos. Estes gráficos servem de orientação ao profissional que assiste ao parto, informando-o do momento adequado para se adotar condutas, visando a correção dos desvios da normalidade.

O modelo padrão a ser seguido é o mesmo adotado pelo Ministério da Saúde, ao qual deve-se inserir as LINHAS DE ALERTA E LINHA DE AÇÃO, com intervalo de 4 horas entre elas, bem como todos os parâmetros essenciais de avaliação do trabalho de parto, em seu processo dinâmico, tais como: dilatação cervical, variedade de posição, altura da apresentação, batimentos cardíacos fetais, contrações uterinas, bolsa amniótica, aspecto do líquido amniótico, medida da tensão arterial da gestante, intercorrências clínicas.

A não utilização do partograma no processo de acompanhamento do trabalho de parto ativo, consistem em negligência e imprudência do profissional de saúde, passível de processo ético, civil e criminal.

Na forma mais comum de montagem do partograma, utiliza-se de papel quadriculado, colocando na abscissa (eixo X) o tempo em horas e, nas ordenadas (eixo Y), em centímetros, a dilatação cervical à esquerda e a descida da apresentação à direita. Para a descida da apresentação, considera-se o plano zero de De Lee ou o correspondente plano III de Hodge – espinhas ciáticas no estreito médio da bacia – acima deste ponto estão os valores negativos e abaixo os positivos de De Lee ou, respectivamente, os planos I, II, e IV de Hodge.

A linha de alerta implica simplesmente a necessidade de uma melhor observação clínica. Somente quando a curva de dilatação cervical atinge a linha de ação é que a intervenção médica torna-se necessária, na tentativa de melhorar a evolução do trabalho de parto e corrigir possíveis distócias que possam estar se iniciando. Isto não significa necessariamente conduta cirúrgica.

Para a construção do partograma, algumas observações são necessárias:

- No partograma, cada divisória corresponde a uma hora na abscissa (eixo X) e a um centímetro de dilatação cervical e de descida da apresentação na ordenada (eixo Y);

- Inicia-se o registro gráfico quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto (vide Quadro 10). Em caso de dúvida, aguardar 1 hora e realizar novo toque: velocidade de dilatação de 1 cm/hora, verificada em dois toques sucessivos, confirma o diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto;
- Realizam-se toques vaginais subsequentes, a cada 3 horas, respeitando em cada anotação o tempo expresso no gráfico. Em cada toque deve-se avaliar a dilatação cervical, a altura da apresentação, a variedade de posição e as condições da bolsa das águas e do líquido amniótico (quando a bolsa estiver rota) – por convenção, registra-se a dilatação cervical com um triângulo e a apresentação e a respectiva variedade de posição são representadas por uma circunferência;
- O padrão das contrações uterinas e dos batimentos cardíacos fetais, a infusão de líquidos e drogas e o uso de analgesia devem ser devidamente registrados;
- A dilatação cervical inicial é marcada no ponto correspondente do gráfico, traçando-se na hora imediatamente seguinte a linha de alerta e em paralelo, quatro horas após, assinala-se a linha de ação, desde que a parturiente esteja na fase ativa do trabalho de parto.

Quadro 14: Conduta no período de dilatação

Condição	Conduta
Evolução normal	Observação conservadora sem manobras nem medicação.
Hiperdinamia	Inibição uterina e assistência segundo normas de alto risco, com comunicação imediata ao médico obstetra responsável que assumirá a condução do caso.
Hipodinamia	Estimulação Ocitócica – Apêndice II
Taquicardia fetal	Decúbito Lateral Esquerdo com supervisão dos BCF.
Bradicardia leve Desacelerações variáveis Desacelerações precoces	Controlar BCF com mais frequência; Realizar Cardiotocografia, se disponível; Comunicar ao médico obstetra responsável.
Bradicardia persistente Desacelerações tardias	Tratamento de sofrimento fetal agudo “in útero”. Assistência segundo normas de alto risco. Comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.
Parto prolongado segundo partograma	Reavaliar antecedentes de patologia cervical, proporção feto-pélvica e contratilidade; Corrigir hipodinamia, podendo utilizar a ocitocina para condução – vide Apêndice II– controle em duas horas; Se não houver progresso, amniotomia – controle em duas horas; Se não evolui, conduzir segundo normas de alto risco, comunicando o médico obstetra responsável que deverá assumir o caso ou realizar transferência.
Hemorragia genital	Observar intensidade, aspecto, realizar condutas no manejo das hemorragias e solicitar avaliação médica se necessário
Líquido amniótico meconial	Controle mais frequente de BCF (de 15/15 minutos), com registro e comunicação a equipe. Avaliar a necessidade de aspiração do RN ao nascimento.

Não existindo médico obstetra no plantão, avaliar a transferência e regulação utilizando o Score de Malvinas – Apêndice V

AVANÇO DA APRESENTAÇÃO E DESPRENDIMENTO

O parto ocorre segundo a teoria da menor resistência, a apresentação fetal tem que se adaptar aos menores diâmetros possíveis a fim de transpor as dimensões e os contornos mais favoráveis que são alcançados durante o trajeto do parto. São fatores maternos e fetais para um bom curso dos mecanismos do parto: dimensões e configurações da pelve materna; resistência do colo uterino e partes moles; efetividade das contrações uterina.

Mecanismos do parto:

Encaixamento

Passagem do maior diâmetro transverso da cabeça fetal, através do estreito superior da pelve materna. Nas nulíparas, esta fase ocorre, geralmente, nas últimas duas semanas de gravidez, nas multíparas acontece comumente no início da fase ativa do trabalho de parto.

Flexão

Movimento da cabeça fetal em direção ao seu tórax, permitindo que o menor diâmetro da cabeça fetal se apresente primeiro em relação à pelve materna. Geralmente, a flexão é essencial tanto para o encaixamento como para a descida.

Descida

Representa percurso do feto por todo o canal do parto. Começa no início do trabalho de parto e só termina com expulsão total do feto. A descida pode ser afetada pela disposição da pelve, resistência do colo e das partes moles da pelve e as dimensões e posição da cabeça fetal. Quanto maior a resistência pélvica, juntamente com um padrão das contrações ineficaz, mais lenta é a descida.

Rotação interna

Inicia com occipito em contato com assoalho pélvico, onde a circunferência máxima da cabeça fetal se encontra no nível das espinhas isquiáticas. A partir daí, a cabeça vai sofrer movimento de rotação que levará a sutura sagital a se orientar no sentido anteroposterior da saída do canal.

Deflexão

A cabeça fetal encontra-se no nível do períneo. Finalizada a rotação interna, a fontanela lambdoide encontra-se sob a sínfise púbica, com a sutura sagital no sentido anteroposterior. Devido à curvatura inferior do canal do parto, o desprendimento da cabeça se processa por movimento de deflexão, neste momento se faz importante atentar para no momento do desprendimento, instruir a mãe para promover puxos suaves, atentar para segurar a apresentação para que não se desprendam bruscamente. Em seguida, instruir a mãe para não promover puxos, uma vez desprendida a cabeça e rodada até sua posição primitiva, verificar a presença de circulares de cordão que devem ser gentilmente desfeitas. Secção de cordão deverá ser feita em caso de circular apertada com sofrimento fetal.

Rotação Externa

Após a saída da cabeça fetal, que gira assumindo a posição em que estava no momento do encaixamento. Acontece simultaneamente a rotação interna das espáduas. Nesse momento, o diâmetro biacromial assume o sentido anteroposterior da saída do canal.

Desprendimento das Espáduas

Acontece, geralmente de forma espontânea, o que deve ser praticado pela enfermagem obstétrica uma vez que comprovadamente quanto menos intervenção melhor e menos traumático será o processo de nascimento para o binômio mãe-bebê, eventualmente pode ser realizada tração leve no sentido posterior para desprendimento do ombro anterior, ocasionalmente, o resto do corpo se desprenderá com facilidade, sempre contendo o feto para que não ocorra de forma brusca.

Obs: Eventualmente, pode não ocorrer um desprendimento espontâneo de espáduas, manobras para desprendimento manual devem ser rapidamente colocadas em prática.



ASSISTÊNCIA AO PERÍODO EXPULSIVO

1.2.2 ASSISTÊNCIA AO PERÍODO EXPULSIVO

O segundo estágio (período expulsivo) se inicia com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto; nessa fase ocorrem os puxos maternos. De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) a duração normal seria de três horas em primípara com analgesia, duas horas em primípara sem analgesia, duas horas em multípara com analgesia e uma hora em multípara sem analgesia.

As seguintes definições têm sido sugeridas para o segundo período do trabalho de parto. Porém, sua acurácia ainda deve ser estabelecida em estudos prospectivos bem desenhados (D):

- Segundo período do trabalho de parto passivo → o achado de dilatação cervical completa antes ou na ausência de contrações expulsivas involuntárias.
- Início do segundo período ativo do trabalho de parto → o bebê é visível, contrações expulsivas com o achado de dilatação cervical completa, esforços maternos ativos.

Preparação

- Seguir estritamente as normas de anti sepsia
- Uso de roupa limpa
- Instrumental estéril para assistência ao parto
- Lavagem das mãos
- Uso de luvas estéreis
- Uso de equipamento de proteção individual (Avental de plástico, óculos e máscara)
- Assepsia perineal com água e sabão. Usar PVP-I tópico diante de realização de episiotomia.
- Campos estéreis.

Posição da parturiente para o parto

As mulheres devem ser encorajadas a parir na posição que lhes for mais confortável, evitando-se a posição de litotomia e outras posições horizontais. As posturas verticais durante o parto apresentam vantagens, tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos. Promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto na bacia materna maximizando os puxos expulsivos maternos e facilitando o

desprendimento fetal, devendo, portanto ser adotadas preferencialmente na assistência ao parto (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A).

Posições de preferência:

- Posição sentada ou semi-sentada (45°) em bancos ou cadeiras de parto;
- Posição indígena ou de cócoras;
- Posição inglesa, de quatro, de mãos Joelho ou de Gaskin;
- Posição francesa ou lateral esquerda ou de Sims.

Independentemente da posição escolhida pela mulher, é importante a utilização de campos estéreis, a realização da antissepsia da região perineal e ter próximo instrumental estéril para o pinçamento e secção do cordão; não esquecer uma touca e campo (manta) para receber o recém-nato (RN);

CONTROLES NO PERÍODO EXPULSIVO

Puxos dirigidos ou manobra de Valsalva

Os puxos precoces reduzem a duração do período expulsivo, porém aumentam os riscos de parto instrumental, podem acarretar lesão do assoalho pélvico, esgotamento materno e queda no BCF, portanto devem ser evitados. Recomenda-se o puxo espontâneo.

BCF

O controle de BCF deverá ser realizado de 5 em 5 min durante o período expulsivo. De acordo com várias diretrizes, a ausculta cardíaca fetal intermitente deve ser realizada durante e após uma contração, por pelo menos um minuto, a cada cinco minutos. O pulso materno deve ser palpado se houver suspeita de bradicardia fetal, ou qualquer outra anormalidade, para fazer o diagnóstico diferencial das duas ausculta cardíacas(D).

Há também outros métodos propedêuticos utilizados para a avaliação do bem-estar fetal no primeiro período do parto, como a cardiocotografia, porém sem evidência científica de sua utilização do período expulsivo (D).

Em parturientes de risco a frequência da ausculta fetal deve ser após cada contração. Aceita-se quedas de BCF até 100-110 bat/min devido a compressão cefálica. Uma FCF < de 100 bat/min, mantida entre os puxos, sugere sofrimento fetal, o que deverá ser imediatamente comunicado ao médico plantonista ou obstetra plantonista.

Contratibilidade

- Avaliar a dinâmica uterina: frequência e intensidade a cada 30 minutos
- Utilizar de amniotomia e/ou administração de ocitocina quando necessários na reversão de período expulsivo prolongado. Sempre com vistas à avaliação da dinâmica uterina.

Considerações da episiotomia

A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde (OMS) não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, porque, em alguns casos, pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, que foi a taxa encontrada em ensaio clínico randomizado inglês sem associação com riscos maternos ou neonatais.

Deve-se ter a noção de que a realização de episiotomia não reduz as taxas de incontinência fecal e urinária, prejudica o relaxamento do assoalho pélvico por 9 meses pós parto e que prejudica também a função sexual dentro de 12 meses pós parto (HARTMANN, 2005)

Quando realizada, a episiotomia deve ser reparada com sutura contínua, por estar associada com menos dor no pós-parto imediato do que a sutura separada. Efeitos em longo prazo não são claros. O uso de material de sutura absorvível (ácido poliglicólico e poliglactina) é preferível por provocar menos dor. Essas mesmas técnicas são recomendadas para o reparo de lacerações espontâneas, quando necessário (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A).

Assistência ao recém nascido no parto e nascimento

Durante o processo de parto e nascimento são necessárias algumas ações diferenciadas e mudanças de comportamento profissional. Neste momento recomenda-se diminuir a intensidade de luz na sala de parto (penumbra), evitando luz forte sobre a vulva da mulher, ou

sobre a face do recém-nascido. Evitar conversas em tom de voz muito alto devendo-se permitir que a mãe veja o nascimento do filho e que a sua voz se sobreponha às demais.

- Imediatamente após o nascimento, o bebê deve ser seco com compressas ou toalhas quentes, enquanto é colocado sobre o abdômen ou nos braços da mãe. Ao mesmo tempo, avalia-se o estado do bebê, observando se há tônus muscular, se está respirando ou chorando. É importante manter a temperatura corporal do bebê; recém-nascidos expostos a salas de parto frias podem sofrer quedas acentuadas de temperatura, com os problemas metabólicos decorrentes. O contato pele-a-pele entre a mãe e o bebê pode fazer com que a queda da temperatura do bebê não seja tão intensa e deverá durar pelo menos meia hora.
- Se, ao nascimento, verifica-se que o RN é a termo, está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, a criança apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação
- A conduta frente à presença de líquido tinto de mecônio depende da vitalidade ao nascer. Caso o neonato não apresente, logo após o nascimento, movimentos respiratórios rítmicos e regulares, tônus muscular adequado e FC < 100 bpm, levar o paciente à mesa de reanimação, colocar sob fonte de calor radiante, posicionar sua cabeça com uma leve extensão do pescoço, aspirar o excesso de secreções da boca e do nariz com sonda de aspiração traqueal no 10 e, a seguir, secar e desprezar os campos úmidos, verificando novamente a posição da cabeça e, então, avaliar a respiração e a FC. Se a avaliação resultar normal, o RN retornará ao contato materno.
- Proceder à ligadura do cordão umbilical até a cessação dos batimentos do funículo, cerca de 2 a 3 minutos após o nascimento, exceto nos casos de mãe Rh negativo, quando deve ser feito de imediato.
- Após o clampeamento do cordão, o RN poderá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26 graus, reduz o risco de hipotermia em RNs a termo que nascem com respiração espontânea e que não necessitam de ventilação, desde que cobertos com campos preaquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação.

- A Organização Mundial da Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois está associado à menor mortalidade neonatal, ao maior período de amamentação, à melhor interação mãe-bebê e ao menor risco de hemorragia materna.
- Identificar o recém-nascido com pulseira e/ou tornozeleira, constando nome da mãe, data, hora do nascimento e sexo, caso não sejam diferenciadas por cor (rosa para as meninas e azul para os meninos).
- Os procedimentos de rotina, tais como exame físico geral do recém-nascido, aplicação de vitamina K, Credé devem ser adiados por no mínimo 1 hora e banho por no mínimo 6 horas buscando um momento oportuno que não interfira na relação mãe-filho.

Estudos com nascidos a termo, concluíram que o clampeamento tardio do cordão umbilical é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses, embora possa elevar a necessidade de fototerapia por hiperbilirrubinemia indireta na primeira semana de vida. Com base nesses estudos, recomenda-se que o RN a termo, saudável e com boa vitalidade ao nascer seja posicionado sobre o abdome da mãe por um a três minutos, antes de clampear o cordão umbilical.

Após o parto, descrever em impresso todo o procedimento, identificando-se com nome legível, assinatura e carimbo; orientar a puérpera para o autocuidado e aleitamento; o cuidado deve ser contínuo e integrado, portanto evitar um grande número de informações que ainda estão sendo processualmente absorvidas.

Durante o trabalho de parto e parto, o profissional de nível técnico de enfermagem tem uma importante participação, descritos no Apêndice IV.

Anormalidades no Período Expulsivo

1. Período expulsivo prolongado

Segundo o American College of Obstetricians and Gynecologists o período expulsivo prolongado é definido como 3 horas com e 2 horas sem anestesia regional, em nulíparas. Para as múltiparas é definido como 2 horas com e 1 hora sem anestesia regional.

As causas de prolongamento do período expulsivo são:

- Hipodinamia
- Puxo materno ineficaz
- Defeitos de rotação cefálica
- Desproporção céfalo-pélvica não diagnosticada

Conduta: Estimulação ocitócica no caso de hipodinamia Vide apêndice II; estimular o puxo materno espontâneo assinalando o momento apropriado (junto com a contração); estimular uma ventilação adequada entre as contrações para se evitar o esgotamento materno; nos casos de distócias de rotação e desproporção, o parto deve ser conduzido segundo normas de alto risco, com comunicação ao médico obstetra responsável.

2. Traumatismo Obstétrico

No período expulsivo podem surgir traumatismos tanto para a mãe como para o recém-nascido que podem ser evitados mediante a adoção de medidas preventivas corretas.

- Traumatismo materno: Lacerações do canal de parto (vagina, períneo e colo uterino); ruptura uterina.
- Traumatismo fetal: Desalinhamento ósseo cefálico parieto-fronto-occipital cavalgamento ósseo cefálico; bossa serosanguínea exagerada; céfalo hematoma; asfixia; fraturas ósseas; hemorragias intracranianas; paralisias; lesões tegumentares.

A proteção adequada do períneo pode prevenir as lacerações do canal de parto. A ruptura uterina deve ser prevenida evitando-se hiperestimulação ocitócica e o diagnóstico e correção oportuna de distócias de rotação e desproporção céfalo-pélvica. Tais medidas também devem ser suficientes para se evitar a maioria dos casos de traumatismo fetal.



**ASSISTÊNCIA DURANTE A DEQUITAÇÃO E
PÓS DEQUITAÇÃO**

1.2.3 ASSISTÊNCIA DURANTE A DEQUITAÇÃO E PÓS DEQUITAÇÃO

Na 3ª fase do processo de parturição ocorre a separação e a expulsão da placenta. Este estágio constitui-se em período de grande risco materno e exige do profissional manter a vigilância dos sinais clínicos, em função da possível ocorrência de hemorragias no pós-parto, uma das grandes causas de mortalidade materna, especialmente em países em desenvolvimento.

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.

Ao alcançar o 3º estágio do trabalho de parto, a atenção prestada à parturiente tem o objetivo de minimizar ou eliminar os efeitos adversos graves e interferir minimamente nos processos fisiológicos e no relacionamento mãe-bebê. O manejo do 3º estágio envolve duas escolhas (ENKIN *et al*, 2000):

- Conduta expectante: envolve a espera vigilante que prima pela dequitação fisiológica, praticando o clampeamento tardio do cordão umbilical e intervindo somente no tratamento das complicações, caso ocorram;
- Conduta ativa ou manejo ativo do 3º estágio: baseia-se na prática rotineira de ações que visam prevenir as complicações hemorrágicas do 3º estágio, empregando-se: uso profilático e rotineiro de ocitócitos; clampeamento, secção precoce e tração controlada do cordão umbilical para desprendimento da placenta associada a pressão no fundo de útero.

No manejo da atenção durante o 3º estágio do parto, seja qual for a escolha assumida para a atenção prestada, é indispensável a revisão da integridade da placenta, dos anexos e do canal do parto.

Por tratar-se da assistência de enfermagem obstétrica que é prestada a partos de risco habitual, é preciso ter uma razão válida para se interferir num processo natural, como o parto. Assim, não há prejuízos para a mulher, se a enfermeira obstétrica optar pela conduta expectante no terceiro estágio do parto, esta opção fica a cargo do profissional que atende a cada parto,

contudo pelas evidências científicas pode-se omitir a tração controlada de cordão do manejo ativo pois o mesmo tem muito pouco efeito sobre o risco de hemorragia grave (GÜLMEZOGLU et al, 2012). Se faz necessária a administração de 10 UI de ocitocina via intramuscular, (após palpar o útero para descartar possibilidade de outro feto), independente da conduta adotada. (GÜLMEZOGLU et al, 2012) (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A)

Após expulsão da placenta examiná-la para identificação de sua integridade, descartando a possibilidade da presença de restos placentários ou de membranas na cavidade uterina. Deve-se observar sangramento pois perda de mais de 500 ml de sangue pode representar risco de choque hipovolêmico. Proceder com a avaliação do canal de parto e realização de sutura de episiotomia ou laceração de trajeto se estas estiverem presentes, sempre usando fios absorvíveis. Contatar médico obstetra em casos de placenta retida, presença de restos placentários ou hemorragia não controlada e providenciar acesso venoso.

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 clampar 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 vagorosamente 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.

Atenção:

Nunca aplique a tração no cordão (puxo) sem aplicar a contra-tração acima do osso púbico com a outra mão.



**ASSISTÊNCIA AO QUARTO PERÍODO DO
PARTO: GREENBERG**

1.2.4 QUARTO PERÍODO DO PARTO: GREENBERG

Classicamente, denomina-se 4º estágio do parto (ou período de Greenberg) ao período de pós-parto imediato, após a dequitação. Não há na literatura consenso sobre sua duração exata; entretanto, inicia-se após a dequitação da placenta e estende-se pelas primeiras horas pós-parto, para alguns, na primeira hora, para outros, até segunda hora pós-parto (BRASIL, 2001).

A hemorragia pós-parto (HPP) é a causa mais comum de mortalidade materna quando computadas as mortes em todo o mundo, sendo responsável por 25% dessa taxa e contribuindo para a mortalidade e para a elevação dos custos no atendimento perinatal (OMS, 1999).

É importante a observação redobrada da puérpera nesta fase, por tratar-se do período em que, com mais frequência, ocorrem hemorragias pós-parto, principalmente por atonia ou hipotonia uterina. É também momento adequado para promoção de ações que possibilitem o vínculo mãe/bebê, evitando-se a separação desnecessária.

Hemorragia pós-parto é caracterizada por perda sanguínea igual ou superior a 500ml; sangramentos até 500 ml são considerados E tem como principais fatores predisponentes hiperdistensão uterina (polidramnia, gemelaridade, macrosomia); multiparidade; parto prolongado, manobras como kristeller, uso indiscriminado de ocitócicos, e quadros anêmicos. As causas de hemorragias pós-parto são atonia uterina ou hipotonia uterina, lacerações de trajeto, retenção de fragmentos placentários, Problemas de coagulopatia, nesta ordem (OMS, 2005).

Como prevenção da hemorragia pós-parto atenta-se para o uso profilático de 2 ampolas de ocitocina (10 UI) intramuscular logo após o desprendimento dos ombros do RN, revisão sistemática da placenta e anexos, observando se não ficou nenhuma membrana ou cotilédone, revisão do trajeto, buscando lacerações, pontos sangrantes e hematomas, verificação da contratilidade uterina, certificando-se da presença do globo de segurança de Pinard e involução uterina para abaixo da cicatriz umbilical.

Quadro 15: Conduitas e ações no 4º Período do Parto

Identificar alteração do padrão de sangramento e intervir no sentido de controle, com massagens e uso de medicação se necessário (ocitocina ou ergometrina)

Monitorar sinais vitais de 30 em 30 minutos.

Estimular, apoiar, orientar e ajudar no aleitamento materno.

Observar involução uterina e a formação do globo de Pinnard.

Observar mucosas

Reconhecer precocemente palidez, taquicardia ou hipotensão, que podem indicar hemorragia.

Em caso de alguma alteração comunicar imediatamente médico obstetra.

Revisão manual do canal do parto

Trata-se da exploração do canal do parto por meio do toque bidigital. A revisão rotineira da placenta e anexos ovulares após o delivramento são procedimentos recomendáveis e contribuem para o diagnóstico precoce de retenção de fragmentos placentários. O objetivo é corrigir sangramento aumentado no pós-parto, causado por retenção de fragmentos placentários.

As etapas do procedimento são: apoiar o fundo uterino com uma das mãos e simultaneamente realizar o toque bidigital, explorando o canal do parto, removendo coágulos e identificando a possível presença de fragmentos placentários.

Correção de atonia ou hipotonia uterina

Atonia uterina é a ausência de contratilidade uterina e a hipotonia uterina é a contratilidade uterina ineficiente. Em ambos os eventos o útero apresenta-se amolecido, flácido e aumentado. A fim de corrigir hemorragia pós-parto causada por atonia ou hipotonia uterina, são propostas as etapas a seguir:

Quadro 16: Correção de atonia ou hipotonia uterina

Solicitar ajuda da equipe multiprofissional,
Avaliar a mulher utilizando o abc da vida, simultaneamente, massagear o fundo uterino até que o útero se contraia, ocorrendo contratilidade uterina, proceder avaliação de sua permanência a cada 15 minutos e repetir massagem se necessário,
Explicar à mulher e família a conduta a ser tomada visando diminuir a ansiedade e garantir-lhes a tranquilidade,
Certificar-se de que o útero não se tornou relaxado após a parada da massagem uterina,
Certificar-se da presença do globo de segurança de Pinard,
Verificar sinais vitais, não ocorrendo contratilidade uterina satisfatória, iniciar administração endovenosa de 20 UI de ocitocina (04 ampolas) diluída em 500ml de ringer lactato ou 500ml de solução fisiológica a 0,9%, correr em 10 minutos,
Não havendo resposta, administrar metilergonovina na dose de 0,2 mg IM (droga contraindicada para mulheres hipertensas), não havendo resposta satisfatória, prevenir choque hipovolêmico, trabalhando com a equipe médica de acordo com protocolo de cada unidade.
Solicitar Hemograma, ABO, RH e Coagulograma, para possível transfusão sanguínea

Sutura das lacerações vaginais e perineais

O acompanhamento proposto na atenção ao pré-natal, durante o trabalho de parto e parto resulta no empoderamento da mulher para o nascimento de seu filho, isto associado a cuidados como proteção perineal, ambientação favorável e a não existência de intervenções desnecessárias são medidas que favorecem a ausência de lacerações de trajeto. A revisão do canal de parto é um procedimento seguro, que deve ser realizado sistematicamente.

Laceração perineal é a ocorrência de soluções de continuidade nos tecidos vaginais e/ou perineais e, de acordo com a OMS (2005), podem ser de quatro tipos: lacerações de primeiro grau, que envolvem a mucosa vaginal e/ou o tecido conjuntivo; lacerações de segundo grau, que envolvem a mucosa vaginal, o tecido conjuntivo e os músculos subjacentes; lacerações de terceiro grau, em que ocorre transecção completa do esfíncter anal e laceração de quarto grau, que atinge a mucosa retal.

A maioria das lacerações de primeiro grau não necessitam de suturas, fechando-se espontaneamente. A enfermagem obstétrica procederá suturar lacerações de primeiro e segundo graus, e será solicitada avaliação médica a partir do terceiro grau. A ocorrência de lacerações de terceiro e quarto graus tem se mostrado rara na assistência de enfermagem obstétrica.

Para reparar lacerações perineais e vaginais, recomenda-se seguir os seguintes passos do quadro abaixo:

Quadro 17: Processo de reparação perineal e/ou vaginal

Oferecer encorajamento à mulher;
Examinar cuidadosamente vagina e períneo;
Utilizar fios absorvíveis, de preferência a Poliglactina 910 (vicryl), na impossibilidade do mesmo utilizar o Catgut, simples ou cromado;
Trocar campos e luvas estéreis, fazendo uso dos EPI's adequados, como gorro, máscara, óculos e capa;
Realizar assepsia em vulva, genitália externa e proximidades de pele íntegra;
Infiltrar o local com lidocaína a 1% ou 2% sem vasoconstrictor, aspirando para garantir que nenhum vaso tenha sido penetrado; não injetar se houver aspiração de sangue: nesse caso, reposicionar e tentar outra vez;
Iniciar a sutura acima da laceração;
Suturar mucosa usando sutura contínua, não ancorada;
Suturar os músculos perineais usando sutura intermitente, ou contínua se for possível;
Se houver profundidade da laceração, colocar uma segunda camada da mesma sutura para não deixar espaço morto;
Suturar pele usando sutura contínua;
Revisar o trajeto certificando-se da hemostasia.



ASSISTENCIA AO PUERPÉRIO

1.3 ASSISTENCIA AO PUERPÉRIO

O puerpério é o período que se inicia após a dequitação da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações no organismo, não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Divide-se didaticamente o puerpério em: imediato (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia). Necessária atenção nesse período.

A experiência de gestar, parir ou de cuidar de um filho pode dar a mulher uma nova dimensão de vida e contribuir para o seu crescimento emocional e pessoal como também pode causar desorganização interna, ruptura de vínculos e papéis, podendo até, resultar em quadros de depressão puerperal.

Observação: as puérperas podem ser avaliadas por enfermeiras obstétricas ou por enfermeiras assistenciais

Aspectos que devem ser avaliados na puérpera:

- Sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca);
- Estado psíquico da mulher (aceitação da maternidade, vínculo mãe-bebê, integração com o pai da criança e demais familiares, sinais de depressão);
- Estado geral, pele, mucosas;
- Examinar mamas (verificar a presença de ingurgitamento mamário, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação, conformação dos mamilos, presença de fissuras);
- Examinar abdome (verificar a condição do útero e se há dor a palpação);
- Examinar períneo e genitais externos (verificar a higiene, cicatrização de episiorrafia se houver, sinais de infecção, presença de edema e hematomas, presença e característica dos lóquios);
- Eliminações fisiológicas: diurese e dejeções;
- Membros inferiores (dor, calor, eritema, dificuldade de deambulação);
- Observar e avaliar mamada para garantia do adequado posicionamento e pega adequada. O posicionamento errado de bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos

mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, orientar quanto a ordenha manual, armazenando e doando o leite excedente a um banco de leite humano.

A puérpera deve ser orientada quanto os seguintes aspectos:

- Higiene, alimentação, atividades físicas;
- Retorno das atividades sexuais, reforçando orientações sobre prevenção de IST/AIDS;
- Cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderam amamentar);
- Cuidados com o RN;
- Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas);
- Planejamento familiar, métodos que podem ser utilizados no puerpério
- Consulta de puerpério.

Na alta hospitalar, deve-se avaliar:

- Aleitamento (frequência das mamadas durante o dia e a noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- Alimentação, sono, atividades;
- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias e febre;
- Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga e outros);
- Condições sociais (pessoas de apoio, condições para atendimento de necessidades básicas).

Na alta hospitalar a mulher deve receber orientações sobre retorno e consulta puerperal; o cartão de pré natal deve ser preenchido com os dados sobre o parto e condições do RN.

Ações em relação ao recém-nascido:

- Verificar a existência do cartão da criança e seu adequado preenchimento;

- Verificar os dados do RN ao nascer (peso, estatura, APGAR, condições de vitalidade);
- Observar e orientar a genitora quanto a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê;
- Observar e avaliar a mamada para garantia de adequado posicionamento e pega correta;
- Observar a criança em relação ao peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações, aleitamento materno, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições de coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente.
- Orientar a genitora quanto ao teste do pezinho, olhinho, orelhinha e consulta de puericultura;
- Encaminhar para tomar vacinas (BCG e contra hepatite B).

Durante o período que a puérpera estiver internada, os profissionais devem estar atentos às anormalidades que podem ocorrer nesse período, em que as principais são:

- Hemorragias: as hemorragias puerperais constituem a complicação mais frequente neste período, aparecendo na maioria das vezes, nas primeiras horas após o parto. Quando surgem precocemente podem estar associadas a hipotonia uterina ou presença de restos placentários. Tardiamente estão associadas, mas comumente, com a retenção de restos placentários e/ou infecção.
- Hematomas de períneo, vulva, vagina e incisões cirúrgicas podem ser produzidas por traumas durante o parto ou por hemostasia insuficiente. O tratamento consiste na aplicação de compressas frias no local, abertura e drenagem se necessário, retirada de coágulos, hemostasia cuidadosa e colocação de drenos, se houver dificuldade na ligadura dos vasos.
- Infecção puerperal: a infecção puerperal pode se manifestar na forma de endometrite, miometrite, endomiometrite, anexite, pelvipерitonite generalizada e infecções de incisões cirúrgicas, devendo incluir também a infecção das vias urinárias. O principal sinal clínico

de infecção e a febre que surge geralmente nos primeiros dez dias após o parto, executando as primeiras 24 horas. Na presença de sinais e sintomas que sugiram infecção, a puérpera deve ser submetida a um exame clínico e ginecológico completo, solicitando-se exames complementares se necessário.

- Problemas com as mamas:
 - ✓ Pega incorreta da região mamilo-areolar faz com que o RN não consiga retirar leite suficiente, levando a agitação e choro;
 - ✓ Fissuras: habitualmente as fissuras ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebe posicionado de forma errada ou quando a pega está incorreta. É preciso manter as mamas secas, não usar sabonetes cremes ou pomadas. Essas recomendações também ajudam na prevenção. Recomenda-se tratar as fissuras passando leite materno nos mamilos no fim das mamadas, banho de sol e correção da posição da pega.
 - ✓ Mamas ingurgitadas acontecem habitualmente do terceiro ao quinto dia após o parto na maioria das mulheres. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas, às vezes avermelhadas e a mulher pode ter febre. Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior a demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. O ingurgitamento é transitório e desaparece após 24 a 48h.
 - ✓ Mastite é um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactente, habitualmente, a partir da segunda semana após o parto. Geralmente é unilateral e pode ser consequente a um ingurgitamento indevidamente tratado. Essa situação exige avaliação medica para o estabelecimento do tratamento.

REFERÊNCIAS

ACOG practice bulletin. Antepartum fetal surveillance. Number 9, October 1999 (replaces Technical Bulletin Number 188, January 1994). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000 Feb;68(2):175-85. PubMed PMID: 10717828.

AMORIM MMR, MELO FO, LEITE D, et al. Humanization of childbirth in Brazil: results in a public maternity in Northeast. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2009;107:S397-412.

AMORIM MMR, PORTO AMF, SOUZA ASR Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências FEMINA, Novembro 2010, vol 38, nº 11

BELIZAN J, Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet.* 342:1517-8, 2010.

BOARETTO, M. C. Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2011.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde, Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha[manual_pratico_rede_cegonha.pdf]. 2012a

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção   saúde do recém-nascido : guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI Neonatal : quadro de procedimentos/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, organização Pan-Americana da Saúde. - 3. ed. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARROLI G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2009;CD000081.

CORRÊA JÚNIOR MD, MELO VH. Rotura Prematura das Membranas. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008

DINIZ, CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DOWNE Soo, GYTE Gillian ML, DAHLEN Hannah G, SINGATA Mandisa. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 11, Art. No. CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub7

ENKIN, M., KEIRSE, MJNC.; NELSON, J., CROWTHER, C., DULEY, L., HODNETT, E., HOFMEYR, J. A Guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2000. 507 p. FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao Parto e Tocurgia, 2002.

GALLO RBS, SANTANA LS, MARCOLIN AC, FERREIRA CHJ, DUARTE G, QUINTANA SM Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial FEMINA, Janeiro 2011, vol 39, nº 1

GRAMACHO, RCCV, SILVA, RCV. Enfermagem na Cena do Parto. Nursing in the Scene of Labour in BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

GÜLMEZOGLU AM, LUMBIGANON P, LANDOULSI S, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. The Lancet. 2012

CUNHA, A. Partograma: o método gráfico para monitoração clínica do trabalho de parto FEMINA, Junho 2008, vol 36, nº 6

DÓRIA MT, SPAUTZ CC. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. FEMINA, Setembro 2011, vol 39, nº 9

HATEM M, SANDALL J, DEVANE D, SOLTANI H, GATES S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8; (4): CD004667.

HARTMANN et al. Outcomes of Routine Episiotomy. 2005

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Protocolo de Diluição e Esquema de Uso das Principais Medicções de Uso Obstétrico – Versão Eletrônica atualizada - Mar 2012

HOFMEYR G JUSTUS, GÜLMEZOGLU A Metin, NATALIA Novikova. Hidratação Maternal para aumentar o volume de líquido amniótico em oligohidramnios e volume de líquido amniótico normal. Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas. In: The Cochrane Library, Issue 11, Art. No. CD000134. DOI: 10.1002 /14651858.CD000134.pub1

HOFMEYR G Justus, EKE Ahizechukwu C, LAWRIE Theresa A. Amnioinfusão para o terceiro trimestre prematuro ruptura prematura de membranas. Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas. In: The Cochrane Library, Issue 11, Art. No. CD000942. DOI: 10.1002 / 14651858.CD000942.pub3

HUTTON, E. K.; HASSAN, E. S. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. JAMA, Chicago, v. 297, p. 1241-1252, 2007.

LISTON R, SAWCHUCK D, YOUNG D; Society of Obstetrics and Gynaecologists of Canada; British Columbia Perinatal Health Program. Fetal health surveillance: antepartum and intrapartum consensus guideline. J ObstetGynaecol Can. 2007 Sep;29(9 Suppl 4):S3-56.
Erratum in: J ObstetGynaecol Can. 2007 Nov;29(11):909. PubMed

LUZES, Eleanor Madruga. A Necessidade do Ensino da Ciência do Início da Vida. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Instituto de Psicologia 2007

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. O cuidado à saúde materna no Brasil e o resgate do ensino de obstetrias para assistência ao parto. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 265-270, mar./abr. 2009.

MOUSA Hatem A, Blum Jennifer, Abou El Senoun Ghada, Shakur Haleema, Alfirevic Zarko. O tratamento para a hemorragia pós parto primária. Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas. In: The Cochrane Library, Issue 11, Art. No. CD003249. DOI: 10.1002 / 14651858.CD003249.pub1

M, BHATIA R, DAWSON JA, DAVIS PG. Oxygen delivery using neonatal self-inflating resuscitation bags without a reservoir. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95(5):F315- 9.

NEILSON James P. As intervenções para o tratamento de descolamento prematuro da placenta. Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas. In: The Cochrane Library, Issue 11, Art. No. CD003247. DOI: 10.1002 / 14651858.CD003247.pub1

NEILSON James P. Intervenções por suspeita de placenta prévia. Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas. In: The Cochrane Library, Issue 11, Art. No. CD001998. DOI: 10.1002 / 14651858.CD001998.pub1

PAGANOTI CF, BITTAR RE, FRANCISCO RPV, Zugaib M. Infecção genital e marcadores preditivos do parto prematuro. FEMINA Novembro/Dezembro 2012, vol 40, nº 6

Protocolos Clínicos. Atendimento multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto. Secretaria do Estado de Minas Gerais, 2011.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. Obstetrícia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SANTOS, M. L. dos. Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SILVA, LB SILVA, MP, SOARES, PCM, FERREIRA, QTM POSIÇÕES maternas no trabalho de parto e parto FEMINA, Fevereiro 2007, vol 35, nº 2

SLEEP J, Grant A, Garcia J, et al. West Berkshire perineal management trial. Br Med J (Clin Res Ed).

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 2, p. 419-427, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Managing complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. 2007:1-23.

APÊNDICES

APÊNDICE I - PERFIL DA GESTANTE CONSIDERADO COMO RISCO HABITUAL

- Idade gestacional entre ≥ 37 e ≤ 41 semanas e 04 dias (bem datada – DUM confiável, USG precoce – até 14 semanas), altura de fundo uterino compatível com idade gestacional, exames laboratoriais de rotina do último trimestre normais, sinais vitais normais, bolsa amniótica íntegra ou rota com menos de 12 horas com trabalho de parto ativo;
- Ausência de intercorrências clínicas progressivas (cardiopatias, hipertensão, colagenoses, hemoglobinopatias, diabetes, endocrinopatias, HIV positivo e outros);
- Ausência de patologias no pré-natal que possam colocar em risco a saúde materna ou fetal e ou ainda requerer cuidados especiais (anemia não tratada, sífilis tratada dequadramente no pré-natal, toxoplasmose não tratada e outros);
- Ausência de complicações obstétricas anteriores;
- Ausência de cicatrizes uterinas (cesarianas prévias menor de 2 anos, laparotomia, miomectomias, etc...);
- Gestação única;
- Apresentação cefálica;
- Está com idade dentro dos limites ≥ 14 anos, se biotipo favorável e ≤ 40 anos com boas condições de saúde.

Parâmetros biofísicos fetais - idade gestacional entre ≥ 37 e ≤ 41 semanas, apresentação cefálica, ausência de indicadores de macrossomia fetal por USG e/ou AFU ≤ 38 cm, quantidade de líquido amniótico normal, movimentação e reatividade fetal normal, amnioscopia normal, cardiotocografia ou avaliação fetal com padrões tranquilizadores.

Observação: Gestantes que não se enquadrarem a este perfil poderão ser acompanhadas por enfermeira obstetra juntamente com a equipe médica.

APÊNDICE II – PADRONIZAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES GERAIS E DA PRESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS SOB RESPONSABILIDADE DA ENFERMEIRA OBSTETRA

À enfermeira obstetra é permitido a prescrição mediante este protocolo, seguindo as normativas legais do exercício profissional. Incumbe a enfermeira obstetra a prescrição da mulher durante o período de admissão, trabalho de parto, parto, nascimento, pós-parto imediato e puerpério e do RN no pós-parto imediato.

Na prescrição deve-se conter os seguintes itens:

1. Tipo de Repouso (Relativo, restrito, entre outros)	
2. Alimentação (Dieta líquida, branda, livre, hipossódica, entre outros)	
3. Hidratação	
4. Medicamentos endovenosas – EV	Sequência: 
5. Medicamentos Orais – VO	
6. Medicamentos por outras vias	
7. Cuidados Gerais	
8. Cuidados Específicos	

O uso de boas práticas como o estímulo a conduta ativa da mulher, favorecendo a livre movimentação, estimulando a deambulação e mudança para posição vertical e uso de métodos não invasivos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e no pós-parto o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, quando possível e a observação com registro das perdas vaginais, loquiação e involução uterina, se caracterizam como cuidados específicos.

Se tiver dúvidas durante a elaboração da Prescrição sobre reações adversas ou interações medicamentosas, você pode consultar diretamente a Farmácia do Hospital. Esses estabelecimentos mantêm bases de informação que podem auxiliar prontamente e já estão adaptadas para os protocolos vigentes na Instituição.

Os medicamentos abaixo poderão ser prescritos pela enfermeira obstetra, de acordo com o uso e indicação, durante o trabalho de parto, parto, pós-parto imediato e puerpério

Medicamento (Droga)	Apresentação	Indicação	Prescrição (Dose, Via e Intervalo)
Ocitocina 5UI	Frasco ampola – IM ou EV	Condução do trabalho de parto	1 ampola de 5 UI em 500 ml de SG5%, a 24ml/h (8 gotas/min) – ler observação abaixo
		Manejo ativo no 3º período clínico do parto	2 ampolas, 10 UI, via intramuscular em deltoide esquerdo, no pós-parto imediato
		Controle de hemorragias pós-parto	04 ampolas (20 UI), em 500 ml de SF 0,9%, correndo em 10 minutos. Após, 20 UI em 500ml SF IV em 2h
Maleato de metilergometrina	Frasco ampola de 0,2 mg/ml	Controle de hemorragias pós-parto	0,2mg (1ml) Intramuscular
Misoprostol 200 mcg	Comprimido	Controle de hemorragias pós-parto	800 mcg (4 compr de 200 mcg) via retal
Hioscina 10 mg (Escopolamina)	Comprimido	Dor abdominal	01 comprimido, via oral de 6 em 6 horas
Diclofenaco Sódico 50mg	Comprimido	Episiotomia/episiorafia ou suturas de lacerações com inflamação	01 comprimido, via oral de 8 em 8 horas
Dipirona sódica 500mg	Comprimido	Dor ou febre	01 comprimido, via oral de 6 em 6 horas
Paracetamol 750 mg	Comprimido	Dor ou febre	01 comprimido, via oral de 6 em 6 horas
Metocroplamida 10mg/2ml	Frasco de 2ml	Enjoo	10 mg, Diluir 2:8, endovenoso lento
Metocroplamida 10mg	Comprimido	Enjoo	1 comprimido via oral de 8/8horas

Dimenidrinato + piridoxina 100mg	Comprimido	Enjoo	1 comprimido via oral de 8/8horas
Dimenidrinato + piridoxina 3mg/ml	Frasco de 10 ml	Enjoo	Diluir em 100ml, endovenoso lento
Solução glicosada a 5%	Frasco de 500ml ou de 100 ml	Solução para ocitocina	Diluyente da ocitocina
Solução fisiológica a 0,9%	Frasco de 500ml ou de 100 ml	Correção da hipovolemia	Soro aberto em acesso calibroso, volume total de 2000ml, alternado com o Ringer Lactato
Solução de Ringer e lactato	Frasco de 500ml	Correção da hipovolemia	Soro aberto em acesso calibroso, volume total de 2000ml, alternando com o Soro fisiológico
Sulfato ferroso 40mg	Comprimido	Evitar anemia ferropriva	01 comprimido, via oral, 30 minutos antes do almoço
Vitamina A 200.000 UI	Cápsula	Prevenir hipovitaminose	01 cápsula, via oral, pós-parto
Vitamina K	Frasco ampola	Prevenir hemorragia neonatal	0,1 ml, IM, em vasto lateral da coxa do RN
Lidocaína 2% sem vasoconstrictor	Frasco ampola	Anestésico local	A critério da enfermeira obstetra
Sulfato de Magnésio 50%	Frasco de 10ml	Anticonvulsivante	Dose de Ataque: 4g (8ml), diluído, venoso, lento em 20 minutos A cada nova convulsão repetir dose de ataque.

Sulfato de Magnésio 50%	Frasco de 10ml	Anticonvulsivante	Dose de manutenção: 25g (50 ml de MgSO ₄) em 450ml de Ringer com Lactato, correr a 21ml/h ou 7 gotas/min
Gluconato de cálcio 10%	Frasco ampola de 10ml	Antagonista do sulfato de magnésio	10 ml intravenoso
Hidralazina	Ampola de 1ml	antihipertensivo	1 ampola em 19 ml de água destilada, 5ml a cada 20 minutos se PA >ou = 160/110 mmHg (máximo de 4 doses)
Ampicilina 1g	Frasco, conteúdo em pó para reconstituição	Bolsa rota há mais de 18 horas	Dose de ataque: 2g, endovenoso, no momento. Dose de manutenção: 1g, endovenoso, a cada 4 horas até o parto
Cetoprofeno 100mg	Frasco, conteúdo em pó para reconstituição	anti-inflamatório	100mg, EV, 12/12h
Imunoglobulina anti RHO		Mulheres com fator RH negativo	1 dose intramuscular
Hidróxido de Alumínio + Magnésio	Frasco	Pirose	10ml, VO, 8/8h

Ocitocina: A prescrição de ocitocina para condução do trabalho de parto está indicada quando houver parada de progressão do trabalho de parto, especialmente no período expulsivo, caracterizado por contrações uterinas não eficientes, sendo representada no partograma, com a manutenção da dilatação do colo uterino por duas horas ou mais no trabalho de parto ativo, e/ou por manutenção do padrão de contração uterina ineficaz - mesmo intervalo, mesma duração e mesma intensidade, atravessando 2 horas após a linha de alerta.

Metilergometrina: quando o sangramento não for controlado com ocitocina e se a puérpera não apresentar hipertensão arterial.

Solução glicosada a 5% e fisiológica a 0,9%, ringer e lactato: para controle de hipovolemia, provocada por hemorragias, no intuito de evitar um choque hipovolêmico e estabilizar a gestante/parturiente/puérpera para remoção ao hospital de referência.

Sulfato ferroso: para reposição das perdas do período gravídico puerperal conforme protocolo do Ministério da Saúde.

Todas estas medicações serão usadas de acordo com a necessidade estrita de cada gestante/parturiente/puérpera, sempre com vistas a reduzir qualquer dano à saúde da mulher e afastar o risco de morte, durante o período que estiver sob os cuidados da enfermeira obstetra.

Algumas apresentações das medicações poderão variar de acordo com o laboratório fabricante, podendo-se realizar os ajustes necessários pela enfermeira obstetra para o devido uso das medicações.

APÊNDICE III – BOAS PRÁTICAS NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO

Abaixo estão listados os aspectos relacionados às boas práticas no trabalho de parto, parto e nascimento as quais devem ser seguidas e estimuladas, garantindo a segurança e conforto da parturiente. Estes aspectos fazem parte do eixo da uma maternidade e parturição seguros com um papel claro na assistência, pois favorecem a alteração do curso e da condução do trabalho de parto e nascimento.

Função Vesical

Deve-se evitar a distensão vesical durante o trabalho de parto. Durante cada exame, verificar a região suprapúbica para a presença de bexiga distendida. Se a mesma for palpável, a mãe será motivada para a micção espontânea para evitar cateterismo vesical. Caso a parturiente não consiga urinar espontaneamente, esvaziar a bexiga mediante cateterismo de alívio.

Analgesia

O alívio da dor durante o trabalho de parto pode ser obtido apenas com um suporte psíquico-físico adequado. Deve-se transmitir segurança à parturiente, assim como orientá-la adequadamente sobre a evolução do parto. A presença de um familiar pode contribuir sobremaneira para a redução da intensidade dolorosa. As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento, etc, devem ser utilizados para alívio da dor. Na possibilidade de analgesia farmacológica, após avaliação com médico plantonista, oferecer a mulher a possibilidade.

Hidratação oral

Recomenda-se a livre ingestão de líquidos, de preferência açucarados para diminuir o risco de desidratação que se associa à atividade física e à frequente hiperventilação materna.

Em função de revisão de literatura, a prática rotineira de negar comida e fluidos a mulheres em trabalho de parto de risco habitual, está condenada. Muitas práticas clínicas, especialmente essa na obstetrícia, estão sendo transformadas e políticas estão sendo instituídas atualmente para permitir e encorajar comida e bebida, durante o trabalho de parto normal. Não houve nenhuma elevação informada da mortalidade materna com esta mudança de política, nem qualquer relatório de resultados prejudiciais para mãe ou para a criança.

Hidratação venosa

Não há necessidade da administração rotineira de líquidos por via venosa no trabalho de parto normal. O soro glicosado rapidamente faz subir a taxa deste elemento no sangue e, no início, provoca uma sensação de energia, mas, passadas algumas horas, o efeito inverso ocorre e a paciente tem a sensação de exaustão.

A infusão de glicose gera um problema metabólico no binômio mãe-filho, pois o bebê pode nascer com hipoglicemia, já que seu pâncreas, assim como o de sua mãe, passaram a produzir mais insulina para controlar a entrada excessiva de glicose no sangue circulante. Este bebê pode nascer também com hiponatremia, se houve infusão de soro fisiológico.

Tanto a glicose como a dextrose estão envolvidas com a icterícia do recém-nato e perda de peso. A falta de proteína na alimentação parenteral, que é consumida durante o trabalho de parto, leva a um balanço nitrogenado negativo no sangue da mulher, que é a condição de fome extrema. Na infusão de fluidos durante o trabalho de parto, observa-se que a pressão do plasma coloidal está baixa no pós parto imediato. Há um pico de redução, depois das seis horas do parto, e isto pode ser perigoso quando há uma lesão cardíaca não detectável, podendo gerar possibilidade de edema pulmonar.

Apoio Psíquico-Físico

O apoio psíquico-físico pode ser oferecido à mulher tanto pelo seu acompanhante ou doula, assim como pelos profissionais que participam da assistência (auxiliares e técnicos de

enfermagem, psicólogos, enfermeiras e médicos). O apoio psíquico-físico é mais eficaz quando se pratica uma filosofia de cuidados que enfatiza:

- **O respeito** pelas escolhas da mulher e sua família e suas necessidades individuais;
- **A liberdade** para as mulheres decidirem o que elas consideram família e quem elas gostariam que participasse dos seus cuidados.
- **A colaboração** entre a equipe assistencial e a mulher/família na implementação da assistência;
- **A flexibilidade** na provisão de cuidados (liberdade para questionar rotinas tradicionais procurando uma racionalidade baseada em evidências científicas, aumentando as alternativas e opções oferecidas). O apoio psíquico-físico à mulher em trabalho de parto tem demonstrado, em inúmeras evidências, uma série de benefícios para as mulheres e pode diminuir a incidência de maus resultados. O mesmo pode promover um progresso mais rápido do parto e diminuição na necessidade de analgesia/anestesia, a incidência de trauma perineal, a taxa de parto operatório, febre materna, depressão pós-parto e a avaliação negativa da experiência no nascimento.

Sempre que possível a mulher deverá ser assistida pelo mesmo profissional durante todo o trabalho de parto e parto. Este profissional deverá ser capaz de oferecer um apoio psíquico físico e afetivo à mulher, assim como de acompanhar e avaliar adequadamente o progresso do parto. Deverá assegurar uma assistência individualizada e holística sem prejuízo do apoio familiar e/ou da doula.

O apoio psíquico-físico não envolve apenas a adoção de determinadas técnicas de conforto e relaxamento. É necessário que todos aqueles envolvidos na assistência estejam imbuídos de um espírito da promoção de uma experiência prazerosa no momento do nascimento para a mulher e sua família. Têm que estar preparados para uma ação que leve em conta as necessidades individuais da mulher, pois o que pode ser bom para uma não pode ser para outra, além de uma capacidade nata de comunicação interpessoal.

Vocalização

A vocalização durante o trabalho de parto não é um mecanismo negativo. Algumas mulheres acham que gemer ou repetir palavras seja um meio para relaxar e lidar com a dor.

Rotinas ritualísticas ou repetitivas que algumas mulheres podem iniciar por sua própria conta (ex. rolar, gemer, etc.) podem ser um meio efetivo de lidar com a dor e não devem ser interrompidas se a mulher estiver confortável dessa maneira.

Respiração padronizada

Geralmente utilizada em conjunto com as técnicas de relaxamento o controle da respiração, alterando o padrão curto e rápido por um padrão longo e prolongado melhora o relaxamento e pode oferecer à mulher uma sensação de controle sobre seu próprio comportamento.

O padrão de respiração varia dependendo do estágio do parto e o que funciona melhor para a mulher e que pode mudar de um momento para outro. O primeiro estágio do parto usualmente envolve uma respiração lenta e rítmica que tende a acalmar a mulher enquanto diverge sua atenção das contrações uterinas. As mulheres são encorajadas a inspirarem profundamente através do nariz ou boca e depois expirar lentamente (usualmente a uma frequência de 12/minuto). Com cada expiração ela é instruída a “soprar a contração para fora” e permitir que seus músculos se relaxem (útil em conjunto com relaxamento).

Mulheres com contrações uterinas intensas e frequentes podem se sentir mais confortáveis com uma respiração mais superficial. Ela começa com um padrão lento, depois encurta e superficializa sua respiração assim que a contração se intensifica. No pico da contração ela estará respirando superficialmente através da sua boca com inspirações silenciosas e expirando com sons de sopro (frequência de 30 a 120/minuto). Quando a contração começa a diminuir, ela gradualmente desacelera a respiração até a contração terminar. Entre as contrações ela é encorajada a adotar a respiração lenta para manter as energias e promover o relaxamento.

Respiração de Transição (7-10 cm): Este padrão de respiração é geralmente usado durante a transição, quando a mulher está experimentando os momentos mais intensos do trabalho de parto e não é mais capaz de usar a respiração lenta. Aqui ela pode sentir um aumento na pressão perineal e um desejo intenso de fazer força apesar de não estar com o colo totalmente dilatado. A respiração transicional é realizada guiando a mulher a realizar uma inspiração profunda, quebrando a exalação com duas expirações curtas seguidas de um sopro mais longo

para esvaziar os pulmões. Ela será capaz de sentir algum alívio na pressão sobre o colo (de particular preocupação nas primíparas).

Posição Vertical

Deve-se estimular a posição vertical e a livre mudança de posição da mulher. Na posição de pé ou reclinada, o esforço cardíaco é reduzido. A mãe deitada diminui o aporte de sangue para o bebê, pois comprime a veia cava que traz o retorno venoso ao coração. Desta forma, a própria mulher tem menor quantidade de sangue arterial para si e para seu filho. A continuidade desta postura leva ao sofrimento fetal, o que facilmente conduz à indicação de cesárea.

Diversos estudos têm demonstrado que, no parto, durante a fase de dilatação, a posição supina afeta muito o fluxo de sangue para o útero. O peso dele pode provocar compressão aorto-cava e reduzir o fluxo sanguíneo, podendo comprometer a condição do feto. A posição supina, também reduz a intensidade das contrações, desta forma, esta posição interfere no progresso do parto, além de ser responsável por mais dor durante o trabalho de parto. As posições de pé e em decúbito lateral associam-se a uma maior intensidade e eficiência de contrações com sua capacidade de fazer a dilatação do colo uterino.

A expulsão em todos os seus tempos (rotação, descida e desprendimento) está também prejudicada e sujeita a complicações, devido a vários fatores: o canal de parto transforma-se numa curva ascendente com a mulher em decúbito dorsal, o que a obriga a empurrar o cilindro fetal em um plano inclinado para cima. Assim a rotação torna-se difícil, pois exige mais esforço físico para rolar o cilindro fetal deitado, apoiado sobre grande superfície corporal, do que sobre uma pequena fração da cabeça sobre a qual ele se apoia quando em vertical. Além disto, na mulher deitada o colchão da cama de parto impulsiona as partes moles das nádegas, juntamente com o cócix, em direção ao púbis, estreitando o canal vaginal.

Some-se a isto o fato de que, deitada e em posição ginecológica, muito da força expulsiva da mulher se perde, o potencial das pernas fica eliminado, visto que elas estão suspensas e apoiadas, do mesmo modo que as coxas, os músculos abdominais e torácicos estão prejudicados por causa do mau apoio de todas as alavancas osteo-articulares. Tudo isto resulta na diminuição do empuxo, que deveria vencer e dilatar a barreira perineal, prolongando, muitas vezes, de maneira perigosa, a liberação da apresentação.

Disto resultam duas importantes consequências: as lesões mais extensas no assoalho pélvico e a cabeça fetal jogada com mais força por mais tempo contra os elementos anatômicos da parede anterior da vagina, atingindo de forma lesiva a bexiga e a uretra, abalando a sustentação de tais órgãos, causando-lhes disfunções. Por causa de tamanha “resistência pélvica”, para abreviarem o parto, foram criados recursos, ao longo dos tempos, como: episiotomia, sinfisiotomia, pubiotomia, vácuo extator, fórceps, cesárea. Sendo todos estes procedimentos carregados de carga iatrogênica.

Banho de chuveiro

A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular. O mecanismo de alívio da dor por este método é a redução da liberação de catecolaminas e elevação das endorfinas, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação da parturiente. Apesar da existência de poucos estudos utilizando o banho de chuveiro durante o trabalho de parto, este recurso parece exercer influência positiva sobre a dor (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A).

Relaxamento

O relaxamento é o objetivo comum de muitas técnicas de apoio. Oferece à mulher um a oportunidade para se reenergizar e ganhar uma sensação de controle sobre seu corpo e mente. O relaxamento muscular progressivo pode ser efetivo na consecução deste objetivo. Isto é feito encorajando a mulher a inspirar profundamente e assim que ela exala, deixar todos os músculos da sua face frouxo se relaxados, depois o pescoço, ombros, braços e assim por diante, até os dedos dos pés. Isto ocorre em um período de várias contrações focalizando em um novo grupo de músculos a cada contração. A Checagem Corporal Excursionista também pode ser incorporada ao relaxamento muscular focalizando em áreas específicas de tensão, tais como o pescoço e ombros, com a pessoa que estiver apoiando a mulher exercendo leve pressão nestas áreas, permitindo a ela “se soltar” durante ou entre as contrações.

Existem outras formas de relaxamento como as massagens, a respiração com movimentos de inspiração e expiração suave, acompanhada por relaxamento do corpo; imersão em banheiras ou duchas aquecidas e até mesmo estar acompanhada por pessoas colaborativas

escolhidas pela parturiente para compartilhar esse momento (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A).

Toque e massagem

O toque é uma forma universal de comunicação. O toque pode significar carinho, aceitação, apoio, conforto e competência. Pode variar de um tapinha gentil, uma carícia nos cabelos, uma massagem suave (algumas vezes chamada “effleurage”) a um abraço apertado. Estudos têm demonstrado que as mulheres consideram o toque muito importante para ajudá-las a lidar com o trabalho de parto.

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio de dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos.

A massagem pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto e pode também ser combinada com outras terapias. Apesar de a massoterapia praticamente não apresentar efeitos colaterais, suas diferentes técnicas devem ser aplicadas individualmente com base em uma avaliação fisioterapêutica prévia, pois algumas parturientes podem apresentar intolerância à massagem em determinadas regiões corporais ao longo do trabalho de parto.

A depender da tolerância de cada parturiente, as técnicas podem ser alternadas durante os períodos de contração uterina objetivando o alívio de dor e no intervalo das contrações com o intuito de proporcionar relaxamento (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A). As técnicas podem variar de deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão em pequenos círculos, desde que realizada de forma direcional razoavelmente firme e rítmica.

Pode ser aplicada no abdome, cabeça, sacro, ombros, pés, membros e dorso, ou seja, nos locais onde a parturiente relatar desconforto (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A). Comumente, aplica-se a massagem na região lombar durante as contrações uterinas (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A) e em outras regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos entre as contrações, por serem regiões que apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto.

Outras Técnicas de Apoio

Algumas técnicas de apoio são utilizadas de acordo a permissão da mulher como a musicoterapia e a aromaterapia, contudo estas técnicas ainda não possuem evidências científicas claras. Deve-se avaliar o risco benefício para uso das mesmas nos serviços de saúde em consonância com as normativas do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar de cada Instituição.

Recursos para condução do trabalho de parto

Os principais recursos utilizados para melhor condução do trabalho de parto são a deambulação e a mobilidade materna, incluindo recursos auxiliares como bola e banquetas. Alguns estudos também demonstraram a atuação destes recursos para o alívio da dor.

Deambulação

A deambulação é um recurso terapêutico utilizado para reduzir a duração do trabalho de parto, beneficiando-se do efeito favorável da gravidade e da mobilidade pélvica que atuam na coordenação miometrial e aumentam a velocidade da dilatação cervical e descida fetal. Alguns estudos demonstram que a deambulação aumenta a tolerância à dor no trabalho de parto (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A).

Mobilidade materna

A mudança de postura materna durante o trabalho de parto tem se mostrado eficiente para aumentar a velocidade da dilatação cervical, promover o alívio da dor durante as contrações e facilitar a descida fetal. As parturientes são incentivadas a adotarem posturas alternadas, variando de sentada no leito, cadeira, banquetas, decúbito lateral, ajoelhada, agachada, quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, dentre outras, sempre de acordo com as habilidades motoras de cada parturiente.

Bola suíça ou de nascimento

A bola Suíça é um recurso que deve ser utilizado com o objetivo de facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A).

Para muitos, a bola é um instrumento lúdico que distrai a parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo. Tanto serve de suporte para outras técnicas (GRAU DE RECOMENDAÇÃO A) como, por exemplo, a massagem e o banho de chuveiro, como também para a realização de alongamentos e exercícios ativos de circundução, anteversão e retroversão pélvica, dentre outros. A utilização da bola pela parturiente sem orientação e supervisão de um profissional de saúde pode provocar queda e não deve ser recomendada.

Isto ajuda a mulher na promoção de um movimento rítmico, distração, relaxamento e pode melhorar as dimensões da pelve (aumentando os diâmetros) e desta forma favorecendo o progresso do parto e a descida fetal.

APÊNDICE IV – AÇÕES REALIZADAS PELAS TÉCNICAS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO, PARTO, NASCIMENTO E PUERPÉRIO

1. Sempre se apresentar à mulher e seu acompanhante quando entrar no box, sala PPP, ou pré-parto ou quando for realizar algum procedimento;
2. Verificar os sinais vitais, dando especial atenção à pressão arterial e temperatura;
3. Registrar em impresso próprio (folha de prescrição, no local de observações de enfermagem) a evolução com os dados de admissão, todos os procedimentos realizados, as ocorrências e intercorrências com a usuária;
4. Orientar a mulher e seu acompanhante quanto às normas e rotinas da instituição;
5. Acompanhar as enfermeiras durante os procedimentos realizados com a parturiente, quando necessitarem de auxílio;
6. Comunicar à mulher, sempre, sobre os procedimentos que serão realizados;
7. Preparar e administrar medicamentos, conforme prescrição;
8. Repor, quando necessário, o material esterilizado nas salas de parto;
9. Dar apoio emocional à mulher e seu acompanhante durante este momento;
10. Auxiliar a locomoção da parturiente, quando necessário;
11. Encaminhar e auxiliar na higiene corporal, quando for o caso;
12. Proceder à higiene corporal no leito, sempre que necessário;
13. Estimular a parturiente a deambular e movimentar-se fora do leito, quando indicado pela enfermeira obstetra;
14. Incentivar a parturiente e seu acompanhante na utilização das tecnologias de cuidados;
15. Preparar e organizar a sala de parto para o atendimento à parturiente, seguindo os seguintes passos: montar e forrar a cama PPP; forrar e montar a unidade de cuidados intermediários (UCI) com clamp para o cordão umbilical, sonda de aspiração nº 8, 1 par de luvas estéreis e borrachas de látex; verificar o funcionamento da UCI, do sistema de aspiração, do sistema de oxigênio, do laringoscópio infantil e do ambu; verificar a presença da caixa de parada do RN;
16. Abrir o material estéril no momento do parto e auxiliar a enfermeira no que for necessário;

17. Verificar os sinais vitais após o parto de 30 em 30 minutos durante a primeira hora pós nascimento e de 04 em 04 horas nas horas subsequentes, até 24 horas pós parto;
18. Realizar os cuidados de rotina (pesar, medir, administrar vitamina K, administrar a vacina contra hepatite B e a credeização) com o recém-nato em momento oportuno, evitando a retirada do mesmo do contato pele a pele antes da primeira hora de vida;
19. Orientar a puérpera quanto ao aleitamento materno, estimulando a amamentação; atentar para os casos em que tal procedimento é contraindicado;
20. Registrar os cuidados em impresso próprio e encaminhar a puérpera e seu bebê ao alojamento conjunto, após a comunicação prévia com o setor de destino.

APÊNDICE V – TRANSPORTE E REGULAÇÃO NA OBSTETRÍCIA

Gestante que apresente algum sinal de alerta ou que não faça parte do perfil de assistência de enfermagem obstétrica de risco habitual e que não haja suporte técnico e especializado no ambiente para atendimento da parturiente, se faz necessário acolher a mulher e adotar medidas para a regulação e transporte da mesma.

Decisão técnica	<p>Segundo critérios do Score de Malinas*</p> <p>Score <5: boa margem de tempo: Meios Próprios ou Ambulância de simples remoção</p> <p>Score entre 5 e 7: USB</p> <p>Score >7: Unidade de Suporte Avançado (USA)</p> <p>Suporte Básico de Vida: Normalmente fica indicado na maioria das urgências obstétricas.</p>
-----------------	--

*Score de Malinas

Cotação	0	1	2	Total
Paridade	1	3	+3	
Duração do TP	<3h	3h a 5h	>6h	
Duração das contrações	<1 min	1 min	>1 min	
Intervalo entre as contrações	> 5 min	3 a 5 min	< 3min	
Perda de líquidos	Não	Recente	>1h	

Obs. Atenção: com um mesmo score as múltiparas parem mais rapidamente, levar em conta o prazo de chegada até a unidade de referência.

Se um toque vaginal for realizado no local, esta tabela permite avaliar o tempo para o parto e seu transporte com mais confiança:

Dilatação	1 parto	2 partos	Múltipara
5 cm	4h	3h	1h 30 min
7 cm	2h	1h	30 min
9 cm	1h	30 min	A qualquer minuto
Completa	Parto	Parto	Parto

Tempo < 1 hora: parto no local

Tempo > 1 hora: transporte em decúbito lateral esquerdo, O2, SG 10%.

Transporte: Unidade de Suporte Básico (USB) - Normalmente fica indicado na maioria das urgências obstétricas.

Indicar Unidade Avançada de Saúde (USA) ou UTI Móvel nos seguintes casos:

- TP prematuro avançado (possibilidade de haver necessidade de atendimento e procedimentos ao RN)
- Perdas sanguíneas acentuadas (necessidade de condutas médicas para evitar o choque)
- DHEG severa (risco de convulsões e eclampsia materna)
- Risco de ruptura uterina (choque hipovolêmico)
- DPP (às vezes se faz necessário romper bolsa, pois o hemo-hidrânio aumenta a pressão intra-uterina, aumentando o descolamento, favorecendo o óbito fetal)

APÊNDICE VI – TRANSPORTE E REGULAÇÃO DE RN

Indicações para transferência:

- ✓ Prematuridade, com idade gestacional menor que 32 a 34 semanas e/ou peso de nascimento inferior a 1.500 gramas;
- ✓ Problemas respiratórios com uso de fração inspirada de oxigênio superior a 40 – 60% ou de pressão positiva contínua em vias aéreas ou de ventilação mecânica;
- ✓ Anomalias congênitas;
- ✓ Convulsões neonatais;
- ✓ Doenças que necessitam de intervenção cirúrgica
- ✓ Hemorragias e coagulopatias;
- ✓ Hiperbilirubinemia com indicação de exsanguíneo-transfusão;
- ✓ Asfixia com comprometimento multissistêmico;
- ✓ Recém-nascido com cianose ou hipoxemia persistente;
- ✓ Sepses ou choque séptico;
- ✓ Hipoglicemia persistente.

Para que o transporte aconteça com segurança, são necessários:

1. Certificar-se que o contato entre o médico plantonista da unidade de origem informou sobre o quadro clínico do paciente, resultado de exames e prescrições;
2. A família deve ser informada do motivo da transferência, e os riscos da mesma, além de dar autorização por escrito para a realização da transferência;
3. A equipe de transporte deve ser composta por médico – de preferência pediatra ou neonatologista – ou por enfermeira que tenha conhecimento e prática em cuidados com RN, além de um técnico de enfermagem;
4. Equipamentos para o transporte:
 - ✓ Incubadora de transporte: transparente, de dupla parede, bateria e fonte de luz;
 - ✓ Cilindros de oxigênio recarregáveis (pelo menos dois);
 - ✓ Balão auto inflável com reservatório e máscaras ou respirador neonatal;
 - ✓ Monitor cardíaco e/ou oxímetro de pulso com bateria;

- ✓ Material para intubação, venóclise e drenagem torácica;
 - ✓ Termômetro, estetoscópio, fitas para o controle da glicemia capilar;
 - ✓ Bomba perfusora.
5. Medicamentos para a estabilização clínica pré-transporte e para o transporte propriamente dito do recém-nascido:
- ✓ Para o aporte hidroeletrolítico: soro fisiológico e glicosado a 5 e 10%, glicose a 50%, cloreto de potássio a 10%, cloreto de sódio a 20%, gluconato de cálcio a 10% e água destilada.
 - ✓ Para a reanimação: adrenalina (1/10.000).
 - ✓ Drogas de efeito cardiovascular: dobutamina, dopamina, furosemida.
 - ✓ Drogas de efeito neurológico: morfina ou fentanil, midazolan, fenobarbital sódico e difenil-hidantoína.
 - ✓ Antibióticos: penicilina e aminoglicosídeo.
 - ✓ Diversos: aminofilina, dexametasona, pancurônio, vitamina K, heparina e lidocaína 0,5%.

Para que o transporte do RN seja seguro, é preciso que ele esteja estável clinicamente.

- ✓ O RN deve estar normotérmico – realizar contato pele a pele com a genitora, utilizar campos aquecidos, saco plástico poroso, incubadora;
- ✓ O RN deve ter vias aéreas pervias e apresentar boa oxigenação;
- ✓ Manter acesso venoso – se possível dois. A veia umbilical pode ser utilizada;
- ✓ É importante que o RN esteja normoglicêmico. Deve-se monitorar a glicemia capilar. Se necessário, instalar soro de manutenção antes do transporte para manter as necessidades hídricas do recém-nascido e oferecer boa infusão de glicose;
- ✓ A estabilização hemodinâmica é realizada por meio de avaliação da perfusão cutânea, frequência cardíaca, pressão arterial, débito urinário e balanço hídrico (se necessário);
- ✓ Na suspeita de sepse, indica-se a coleta de hemocultura e a administração imediata de antibioticoterapia de amplo espectro, antes do início do transporte.

Outros cuidados importantes para o transporte:

- ✓ Se o RN tem distensão abdominal, colocar uma sonda orogástrica e deixa-la aberta;

- ✓ Se o RN tem alguma patologia como exposição de vísceras ou mielomeningocele, envolve-lo em saco plástico transparente;
- ✓ Se o RN tem uma fratura ou trauma, imobilizar o local afetado.

ANEXO

**ANEXO: Quadro de Tecnologias de Cuidado Não- Invasivas de Enfermagem Obstétrica
(Retirado do Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal
SMS/RJ - 2013)**

TECNOLOGIA	INDICAÇÃO	FUNDAMENTAÇÃO
Movimentos respiratórios	Auxiliar na centralização da mulher.	Ativa os receptores corticofugais promovendo uma ação condicionada: contração-respiração.
Deambulação	Ativar o trabalho de parto; Descida e rotação fetal.	A mulher deve escolher a posição que preferir durante o trabalho de parto, embora a necessidade de estimular o parto com ocitocina é menor em mulheres que deambulam durante o trabalho de parto, em comparação com aquelas que permanecem no leito. Durante a contração as paredes uterinas encurtam-se e impulsionam o feto para baixo. Os ligamentos redondos que também contraem junto com a contração uterina tracionam o fundo uterino para diante, colocando o eixo longitudinal da matriz no eixo da escavação pélvica e para baixo, aproximando o fundo da pelve. Por esse motivo, durante a contração uterina, a melhor posição para a mulher é a vertical, com o corpo inclinado para diante. (Balaskas, 1991). Estudos apontam que reduz a duração do TP em aproximadamente 01h, diminuem a necessidade de intervenção no TP, não mostrou efeitos negativos sobre a mãe e o bem-estar dos bebês. (Lawrence A et al, 2009).
Bola Suíça	Massagem perineal; Descida e rotação do feto.	Alongar e fortalecer a musculatura perineal, aliviar tensões, ativar a circulação sanguínea e desfazer pontos de tensão, trabalha cintura pélvica e movimenta todos os músculos. Ativa o trabalho de parto, por possuir uma base de sustentação instável, a gravidade atua sobre o corpo, isso requer um contrapeso, recrutando os músculos mais profundos até que alcance uma estabilização necessária para mantê-lo equilibrado sobre a bola suíça, com a busca do equilíbrio sobre a bola a mulher desfoca da sensação da dor da contração. Com o uso da bola, mantém-se uma postura de sustentação estável e dá ao corpo flexibilidade (Craig, 2004).
Bamboleio	Descida e rotação do feto; Deslocamento do bebê dentro da pelve; Ativar o trabalho de parto; Liberação de endorfinas.	Quando a mulher deixa-se guiar pelo seu instinto, procura movimentar-se, seguindo o ritmo das contrações, movendo a pelve para frente e para traz, de um lado para o outro ou em movimentos circulares. Estes movimentos servem para facilitar o encaixe, a descida e a rotação do feto, no canal de parto (Balaskas, 1991). Para Odent (2000), quando a mulher usa o córtex primitivo, esses movimentos afloram com mais intensidade.

Rebozo	Ativar o trabalho de parto; Correção de posições posteriores ou direita persistentes e assinclitismos.	Movimenta o feto na pelve, auxiliando no movimento de rotação e retificação do assinclitismo persistente.
Genupeitoral	Posições posteriores ou direita persistentes; Edema de colo.	Diminui a força da gravidade, amplia os diâmetros da pelve, facilitando a rotação e diminuindo a pressão sobre o colo uterino.
Cócoras sustentado	Descida e rotação do feto; Assinclitismo persistente; Hipossistolia.	Aumenta diâmetros da pelve em 25% de acordo com Gardosi (2000), amplia a saída da bacia; Possibilita a ação da gravidade; Pode aliviar a dor nas costas; Facilita a rotação e a descida; Necessita de menos esforços expulsivos; Vantagens mecânicas- o tronco empurra o fundo uterino; aumenta a pressão no períneo; Aumenta a sensação de bem estar, por se sentir amparada por alguém e na posição suspensa, os membros inferiores são menos comprimidos, favorecendo a circulação venosa (GERMAIN,2005).
Banco/ vaso	Descida e rotação do feto; Assinclitismo persistente; Distócia emocional.	Aumenta diâmetros da pelve em 25% de acordo com Gardosi (2000). Pode relaxar o períneo para puxos mais eficazes. Boa posição para descansar. Vantagem pela força da gravidade.
Ambiente acolhedor	Ansiedade e insegurança; Distócia emocional; Diminuir tensão e medo e sensação de dor.	Ativa o córtex primitivo; Libera ocitocina e endorfinas e aumenta a segurança da mulher e família
Massagem	Acelera trabalho de parto; Distócia emocional.	Ativa o córtex primitivo; Libera ocitocina e endorfinas, ativa os mecanorreceptores atuando no portal da dor, libera os músculos tensionados e permite troca de calor.
Alimentação líquidos /	Desejo da mulher	Produz energia, hidratação e fornece glicose ao feto.

Banho de imersão ou chuveiro	Medo, ansiedade Diminuir sensação de dor excessiva; Acelera trabalho de parto; Distócia emocional.	Odent (2000) fala sobre o efeito misterioso da água sobre as travas neocorticais, removendo-as. Estas travas são ativadas em qualquer situação na qual são liberados altos níveis de adrenalina como medo, <i>stress</i> , entre outros. As duchas quentes têm efeito calmante, aliviam dores e nevralgias. é de consenso que a melhor hora para se entrar na água é quando se atinge a metade do trabalho de parto, ou seja, com a dilatação de 5 cm e contrações mais intensas. Ao entrar na água, a mulher se descobre capaz de render-se às necessidades instintivas e primitivas do seu corpo. A maioria das mulheres diz que a percepção da dor se altera (portal da dor) e se torna mais fácil aceitar a intensidade das contrações. (Balaskas,1991; Odent ,1982; Earnig,1996).
Crioterapia	Reduz edema: colo, períneo e vulva.	Diminuição do fluxo sanguíneo local; lentificação da transmissão de impulsos dos neurônios aferentes levando a diminuição das sensações (dormência), diminuição da temperatura na pele e músculo (Effective Care in Pregnancy and Childbirth ,Enkin M, Kierse M, eds. Oxford University Press:Oxford, 1989). O saco de gelo deve ser aplicado por períodos de 15 a 20 minutos e várias vezes ao dia (3 em 3 horas, por exemplo), de acordo com a necessidade e extensão da área edemaciada.
Puxo lateral	Distócia emocional	Quando a mulher trava a saída do bebê, por medo do nascimento. Solicitar que empurre o pé, estando na posição lateral, enquanto o profissional faz pressão ao contrário. Isto permite que ela empurre o feto pelo canal do parto.
Ampliação do diâmetro da cintura pélvica	Assinclitismo persistente; Período pélvico prolongado Presença de bossa/moldagem excessiva do polo cefálico	Amplia os diâmetros da pelve, com a pressão sobre a crista ilíaca no momento da contração. Aumentar a mobilidade entre os ossos da pelve.
Decúbito lateral com as pernas flexionadas	Assinclitismo persistente; Período pélvico prolongado; Presença de bossa/moldagem excessiva do polo cefálico.	Amplia os diâmetros da pelve e facilita a passagem do pólo cefálico. Diminui a sensação dolorosa. Permite a proteção perineal.
Proteção perineal	Evitar as lacerações.	Alongamento períneo; massagem com óleo vegetal no períneo, não indicar o puxo voluntário; proteção com compressas para evitar o desprendimento abrupto do polo cefálico.

Banqueta meia lua	Auxiliar na descida e rotação do feto.	Amplia os diâmetros da pelve e facilita a passagem do polo cefálico, diminui a sensação dolorosa, permite a sensação de controle da mulher com seu processo de parturição. Não deve ser estimulado antes de dilatação avançada por risco de edema no colo.
Cavalinho (assento ativo)	Auxilia rotação e descida do feto; reduz edema de colo; Assinclitismo persistente.	Amplia os diâmetros da pelve, libera o sacro e cóccix; Auxilia a rotação do bebê na posição occipito posteriores (OP); descompressão do colo pelo polo cefálico durante as contrações. Diminui a sensação dolorosa.
Aromaterapia	Estimular produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas.	Utiliza os princípios ativos dos óleos essenciais no trabalho de parto, vislumbrando a aromaterapia como ciência.

POSIÇÕES PARA O PERÍODO EXPULSIVO

TECNOLOGIA	INDICAÇÃO	FUNDAMENTAÇÃO
1-Verticalizada	Metrossístoles esparsas.	Possibilita massagens nas costas; Propicia a ação da gravidade; Melhor oxigenação do feto. Potencializa a ação da gravidade na descida do feto; Encurta o ângulo de descida e amplia os diâmetros da pelve em 25%; Libera o sacro e cóccix; Promove contrações menos dolorosas e mais eficazes; Feto alinhado com o eixo da pelve. Pode aumentar a necessidade do puxo no 2º estágio.
2-Semi-vertical	Desejo da Mulher	O mesmo que a verticalizada, porém libera menos o sacro e cóccix; Possibilita exames vaginais.
3-Lateral	2º estágio acelerado	Posição muito favorável para descansar; Reduz a pressão nos grandes vasos; Possibilita maior aporte sanguíneo e de oxigênio para o feto; permite o movimento do sacro no 2º estágio; Favorece a progressão do feto sem traumas; Útil para reduzir um 2º estágio muito acelerado; favorece a proteção perineal, evitando as lacerações, pois facilita a moldagem da cabeça ao períneo; Alivia a pressão nas hemorróidas.

4-Cócoras	Dificuldade na descida do feto.	Pode aliviar a dor nas costas; Possibilita a ação da gravidade; Amplia a saída da bacia; Necessita de menos esforços expulsivos; Facilita a rotação e a descida; Vantagens mecânicas- o tronco empurra o fundo uterino; Aumenta a sensação de bem estar, por se sentir amparada.
5-Quatro apoios	Queixa de dor lombar; Posições posteriores persistentes; Distocia de ombro.	Alivia a dor nas costas; Auxilia a rotação do bebê na posição occipito posteriores (OP); Permite balançar a pelve e movimentos corporais; Permite exames vaginais; Alivia a pressão nas hemorroidas; Facilita o desprendimento das espáduas.
6-De pé	Dinâmica uterina irregular; Queixa intensa de dor nas contrações.	Vantagem da ação da gravidade durante e entre as contrações; Contrações menos dolorosas e mais eficazes; Alinhamento do feto com o eixo da pelve Pode aumentar a sensação de puxo no 2º estágio Na posição de pé, o peso da mulher repousa sobre as duas cabeças do fêmur, permitindo que a pressão no acetábulo provoque aumento de 01 cm do diâmetro transversal da saída da pelve.

CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

TECNOLOGIA	FUNDAMENTAÇÃO
Ambiente na penumbra	Segundo Odent (2004), o ambiente em penumbra respeita a fisiologia do recém-nascido (RN). Segundo o Manual de Neonatologia (2001), a penumbra pode contribuir para a eficácia na amamentação do RN na primeira hora de vida, por estar relacionada a maior privacidade, tranquilidade, estabelecimento do vínculo e conseqüentemente diminuição de tempo entre as mamadas e ao ganho de peso no período pós-natal (Saraiva, 2004).
Respeito ao período sensível	A existência de um período sensível, imediatamente após o parto, foi evidenciada em estudo de Gaspareto e Bussat (1994) e durante esta fase, um contato intenso e ininterrupto da mãe com o seu bebê proporcionam a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação, dando prosseguimento ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intra-uterina. Outros benefícios deste contato inicial incluem o fato de a amamentação ocorrer mais cedo e o estreitamento da atração emocional.

Avaliação da vitalidade do RN	<p>Segundo o Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (2013), se, ao nascimento, o recém-nascido é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), está respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação. Três metanálises, que incluíram estudos com nascidos a termo, concluíram que o clampeamento tardio do cordão umbilical é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses. Com base nesses estudos, recomenda-se que o RN a termo, saudável e com boa vitalidade ao nascer seja posicionado no nível da placenta por um a três minutos, antes do clampeamento do cordão umbilical.</p> <p>O contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco de hipotermia em recém-nascidos de termo, com boa vitalidade, desde que cobertos com campos pré-aquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação. A Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois se associa a um maior período de amamentação, melhor interação mãe-bebê e menor risco de hemorragia materna.</p>
Contato pele a pele	Os bebês interagem mais com suas mães, ficam mais aquecidos e choram menos, quando colocados no colo da mãe; são mais amamentados e amamentaram por mais tempo, quando tiveram contato pele a pele precoce; possivelmente tiveram mais chances de ter um bom relacionamento inicial com suas mães, mas isso foi difícil de medir (Moore ER, Anderson GC, Bergman N, 2007).
Touca	A colocação da touca no RN, logo após o desprendimento do pólo cefálico, ainda no canal de parto, evita a perda de calor através no couro cabeludo, diminuindo os riscos de hipotermia do recém-nascido (Manual Merck, 2009).
Clampeamento oportuno/tardio	Clampeamento oportuno do cordão aumenta a média neonatal do hematócrito venoso dentro de uma faixa fisiológica; Nem diferenças significativas nem efeitos nocivos foram observados entre os grupos; Além disso, esta intervenção parece reduzir a taxa de anemia neonatal; Esta prática tem se mostrada segura e deve ser implementada para aumentar o armazenamento de ferro neonatal ao nascimento (Cernadas JM, 2006).
Estimulo a amamentação na 1ª hora de vida	A amamentação exclusiva durante os 06 primeiros meses de vida, seguida do aleitamento materno continuado dos 6 aos 11 meses de idade, foi a intervenção isolada mais efetiva para prevenir mortalidade infantil, estimando que ela previna 13% de todas as mortes em menores de cinco anos (Chaparro CM, Lutter C, 2007).