



**Protocolo de Assistência
ao Parto Domiciliar
Planejado por Enfermeiras
Obstetras e Obstetrizes
do Estado da Bahia**

**CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA
GRUPO DE TRABALHO DE PARTO DOMICILIAR PLANEJADO NO ÂMBITO
DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA BAHIA.**

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO DOMICILIAR PLANEJADO POR
ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES DO ESTADO DA BAHIA**

ELABORAÇÃO

Tanila Amorim Glaeser

Luana Moura Campos

Ingrid Bonfim Silva

Jordana Brock Carneiro

Natália Webler

SALVADOR, BAHIA, BRASIL

2025

DIRETORIA E PLENÁRIO 2024-2026
MEMBROS EFETIVOS E SUPLENTE DO PLENÁRIO

DIRETORIA

Enf. Davi Ionei Soares Apostolo – Presidente
Enf. Júlio Cezar de Jesus Junior – Vice-Presidente
Enfª. Lilian Maria Carneiro Ribeiro Silva – Primeira Secretária
Enf. Plínio de Oliveira Borges – Segundo Secretário
TE. Emídia Oliveira – Primeira Tesoureira
AE. Rosangela Santana Barbosa – Segunda Tesoureira
Enf. Júlio Cezar de Jesus Junior – Delegado Regional Efetivo
Enf. Davi Ionei Soares Apostolo – Delegado Regional Suplente

CONSELHEIROS EFETIVOS QUADRO I

Enfª. Aline Conceição Bina Cruz
Enf. Benedito Fernandes da Silva Filho
Enfª. Carine Batista Leal de Almeida
Enf. Edy Gomes dos Santos
Enfª. Rounivalda Silva do Amor Divino

CONSELHEIROS EFETIVOS QUADROS II E III

TE. Ana Cleia Cordeiro dos Anjos
TE. Anderson Sousa de Oliveira
TE. Cinara Ramos da Silva Pitanga
TE. Deyse Santana dos Santos
TE. Leandro Pereira dos Santos

SALVADOR, BAHIA, BRASIL

CONSELHEIROS SUPLENTE QUADRO I

Enf^ª. Cristiani Patricia Guimarães Stelitano de Oliveira

Enf. Jeferson Silva Ribeiro

Enf. Joankley Costa do Patrocínio

Enf^ª. Laís Theodoro dos Santos

Enf^ª. Lilian Tereza Barata Lima

Enf^ª. Liliana Prado Pereira

Enf^ª. Lizandre Lemos Pinheiro

Enf^ª. Regivânia do Carmo Batista Couto

Enf^ª. Vanessa Seippel Cardim Lima

Enf. Victor Marques Moura

CONSELHEIROS SUPLENTE QUADROS II E III

TE. Admilson Nascimento Santana

TE. Cirlane Moares de Jesus

TE. Denilza Mendonça Caetano

TE. Eliete da Silva Santos

TE. Fabiola Lima da Silva

TE. Jeane Conceição dos Santos

TE. Marcos Vinicius Santana de Oliveira

COORDENADORA GERAL DAS CÂMARAS TÉCNICAS

Enf^ª. Cássia Menaia França Carvalho Pitangueira

SALVADOR, BAHIA, BRASIL

2025

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um protocolo com fins na orientação e normatização da prática assistencial de Enfermeiras Obstetras (EO) e obstetrizes no acompanhamento ao Parto Domiciliar Planejado (PDP). Este documento busca ainda contribuir para o dimensionamento de profissionais que atuam no PDP, bem como auxiliar o Conselho Regional de Enfermagem no acompanhamento das mesmas. Desse modo, o presente protocolo poderá contribuir para nomeação de variáveis epidemiológicas e assistenciais com a finalidade de produzir dados nacionais que viabilizem a mudança paradigmática do modelo de assistência vigente. Este documento foi elaborado por enfermeiras obstetras atuantes no cenário do PDP, integrantes do Coletivo SobreParto e em parceria com o Grupo de trabalho (GT) de Parto Domiciliar Planejado no Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (Coren/Ba).

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01:** Critérios obstétricos de inclusão para um PDP
- Quadro 02:** Critérios obstétricos de exclusão para um PDP
- Quadro 03:** Estruturação de consultas pré-natal em PDP
- Quadro 04:** Descrição de exame físico e avaliação obstétrica a serem realizados nas consultas de pré-natal
- Quadro 05:** Descrição de exames a serem solicitados de acordo com o trimestre da gestação
- Quadro 06:** Métodos não farmacológicos para indução do TP e indicações
- Quadro 07:** Competências e habilidades das profissionais que atuam no PDP durante o TP e parto
- Quadro 08:** Competências e habilidades das profissionais após o nascimento imediato de um PDP
- Quadro 09:** Orientações essenciais para as famílias após o nascimento
- Quadro 10:** Competências e habilidades das profissionais na assistência puerperal
- Quadro 11:** Tomada de decisão frente a Parada de Progressão do TP
- Quadro 12:** Tomada de decisão frente a Frequência cardíaca fetal (FCF) não tranquilizadora
- Quadro 13:** Tomada de decisão frente ao aparecimento de Pico hipertensivo durante o TP
- Quadro 14:** Tomada de decisão frente à Distócia de Ombro
- Quadro 15:** Algoritmo ALEERTA da ALSO Brasil
- Quadro 16:** Algoritmo A SAÍDA
- Quadro 17:** Tomada de decisão frente ao prolapso de cordão
- Quadro 18:** Tomada de decisão frente a uma HPP
- Quadro 19:** Mnemônico E-MOTIVE
- Quadro 20:** Tomada de decisão frente a Reanimação Neonatal
- Quadro 21:** Valores de saturação pré-ductais
- Quadro 22:** Critérios de urgência e emergência que determinam a transferência intraparto no PDP

Quadro 23: Critérios de urgência e emergência que determinam a transferência materna no pós parto imediato em PDP

Quadro 24: Critérios que determinam a transferência de RN no PDP

Quadro 25: Critérios que determinam a transferência no puerpério, após o PDP

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Disposição dos recursos materiais.

Figura 02: Organização dos recursos materiais da maleta.

Figura 03 - Organização do cenário do trabalho de parto e parto.

Figura 04: Organização do local do nascimento.

Figura 05: Sinal de tartaruga.

Figura 06: Compressão uterina bimanual.

Figura 07: Fluxograma com sequência de condutas a serem adotadas pelas profissionais em caso da atonia uterina.

Fluxograma 01: Estratificação de risco na consulta de acolhimento ao PDP.

Fluxograma 02: Manejo em situação de prolapso de cordão e formulário de transferência (versão traduzida).

Fluxograma 03: Recepção do RN.

Fluxograma 04: Fluxograma de Reanimação Neonatal- Passo 1: Ventilação de recrutamento

Fluxograma 05: Fluxograma de Reanimação Neonatal- Passo 2: Ventilação de manutenção

Fluxograma 06: Responsabilidade da equipe na transferência em PDP.

Fluxograma 07: Plano de Cuidados frente a inelegibilidade para um PDP durante o pré-natal.

Fluxograma 08: Transferência da parturiente.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 OBJETIVO | 16 |
| 3 PÚBLICO-ALVO | 17 |
| 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO PROTOCOLO | 18 |
| 5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO..... | 19 |
| 5.1 REFERENTES ÀS PROFISSIONAIS..... | 19 |
| 5.1.1 Orientações quanto ao processo de trabalho para a assistência DE PDP | 20 |
| 5.1.2 Dispositivos legais para a atuação em PDP..... | 21 |
| 5.2 REFERENTES AO LOCAL DO ATENDIMENTO | 21 |
| 5.3 REFERENTES À GESTANTE..... | 22 |
| 5.3.1 Critérios obstétricos de inclusão para um PDP | 22 |
| 5.3.2 Critérios obstétricos de exclusão para um PDP..... | 23 |
| 6 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL | 25 |
| 6.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA CONSULTA DE ACOLHIMENTO AO PDP . | 25 |
| 6.2 ESTRUTURAÇÃO E PERIODICIDADE DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL EM PDP..... | 25 |
| 6.3 INTERAÇÃO PSICOAFETIVA..... | 35 |
| 6.4 ORIENTAÇÕES PARA A TOMADA DE DECISÃO..... | 36 |
| 6.5 RECURSOS MATERIAIS PARA CONSULTAS DE PRÉ-NATAL | 36 |
| 6.6 RECURSOS MATERIAIS A SEREM PROVIDENCIADOS PELA GESTANTE E SEU(SUA)(S) ACOMPANHANTE(S)..... | 37 |
| 7 ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO | 38 |

| | |
|---|-----------|
| 7.1 ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE | 38 |
| 7.2 ORGANIZAÇÃO E DISPOSIÇÃO DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NO CENÁRIO DO PDP | 400 |
| 7.3 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO | 43 |
| 7.4 CUIDADOS DO RN | 46 |
| 7.5 RECURSOS MATERIAIS PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO | 48 |
| 7.6 LISTA DE MEDICAMENTOS | 49 |
| 8 ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO | 51 |
| 8.1 PERIODICIDADE DAS CONSULTAS PUERPÉRAIS | 51 |
| 8.2 RECURSOS MATERIAIS PARA ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO | 53 |
| 9 CONDUTAS NAS SITUAÇÕES ADVERSAS | 54 |
| 9.1 PARADA DE PROGRESSÃO DO TP | 54 |
| 9.2 FREQUÊNCIA CARDÍACA FETAL (FCF) NÃO TRANQUILIZADORA | 56 |
| 9.3 PICO HIPERTENSIVO DURANTE O PROCESSO DE TRABALHO DE PARTO .. | 57 |
| 9.4 DISTÓCIA DE OMBRO | 57 |
| 9.5 PROLAPSO DE CORDÃO | 60 |
| 9.6 HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP) | 62 |
| 9.7 NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL (RNN) | 65 |
| 10 SITUAÇÕES ADVERSAS QUE DETERMINAM A TRANSFERÊNCIA NO PDP | 69 |
| 11 PLANOS DE CONTINGÊNCIA E RESPONSABILIDADES | 72 |
| 11.1 RESPONSABILIDADES NAS SITUAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA EM PDP ... | 72 |
| 11.2 PLANO DE TRANSFERÊNCIA DURANTE O PERÍODO DE PRÉ-NATAL | 75 |
| 11.3 PLANO DE TRANSFERÊNCIA INTRAPARTO | 75 |
| 11.4 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA TRANSFERÊNCIA INTRAPARTO DE PARTURIENTE OU RN EM CASO DE VEÍCULO PRÓPRIO | 76 |
| 11.5 PLANO DE TRANSFERÊNCIA NO PÓS PARTO | 76 |

| | |
|--|------------|
| 11.5.1 Quanto à parturiente/puérpera | 76 |
| 11.5.1 Quanto ao RN | 76 |
| 11 DESCARTE DE RESÍDUOS | 78 |
| 12 LIMPEZA E ESTERILIZAÇÃO DOS MATERIAIS | 79 |
| 13 IMPLEMENTAÇÃO | 80 |
| 14 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO..... | 81 |
| 15 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 82 |
| REFERÊNCIAS | 84 |
| ANEXO 01: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PDP | 97 |
| ANEXO 02: FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA PRÉ NATAL DE ALTO RISCO | 99 |
| ANEXO 03: FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA MATERNA INTRAPARTO OU NO PÓS PARTO IMEDIATO | 100 |
| ANEXO 04: FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA RECÉM NASCIDO..... | 101 |
| ANEXO 05: FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR DA PUÉRPERA | 102 |
| ANEXO 06: SINAIS CLÍNICOS DO ÍNDICE DE CHOQUE (IMAGEM)..... | 103 |
| ANEXO 07: TESTE DO CORAÇÃOZINHO (IMAGEM)..... | 104 |
| ANEXO 08: MODELO PARA CHECKLIST DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS | 105 |
| ANEXO 09: FLUXOGRAMA DE TESTAGEM DE EQUIPAMENTO EM PDP ... | 106 |
| ANEXO 10: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA DESCARTE DE PLACENTA | 107 |
| ANEXO 11: TABELA SOBRE OS DIREITOS DAS GESTANTES E RECÉM NASCIDOS NO BRASIL..... | 108 |
| APÊNDICE 01: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO - PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PARTO DOMICILIAR PLANEJADO DO ESTADO DA BAHIA | 109 |

1 INTRODUÇÃO

O parto domiciliar planejado (PDP), ainda que restrito a uma parcela da população, apresenta uma tendência crescente em diversos países, inclusive no Brasil. Essa realidade guarda relação com a divulgação de evidências científicas que apontam para a segurança dos nascimentos nesse cenário, desde que com o acompanhamento de uma equipe capacitada, com respaldo legal e científico para a assistência, tornando-se uma opção viável para as gestantes (*) de risco habitual/baixo risco. Em contrapartida, poucos são os documentos oficiais que orientam a prática profissional no domicílio¹.

Historicamente os partos domiciliares ocorriam em comunidades isoladas e eram realizados por parteiras tradicionais, mulheres de sabedoria empírica para o acompanhamento dos nascimentos. Na atualidade, os PDP vêm ganhando espaço também nos grandes centros urbanos, onde predomina a figura das Enfermeiras Obstetras (EO) e obstetizas (OBST), autointituladas parteiras urbanas².

A atuação dessas profissionais está prevista pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS), bem como encontra-se respaldada legalmente pelo Conselho de Classe, em nível federal e estadual, podendo assistir à pessoa durante período gravídico-puerperal no ambiente hospitalar e domiciliar em gestações de baixo risco/risco habitual³⁻⁹.

A atuação das enfermeiras obstetras e obstetizas no cenário domiciliar está normatizada através da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem¹⁰ que versa sobre a assistência profissional à partos domiciliares planejados. Destaca-se ainda que as enfermeiras que atuam nesse cenário devem embasar sua prática em evidências científicas atualizadas e priorizam estar alinhadas com os princípios da humanização da assistência¹¹.

Além do evento do parto, a assistência ao PDP engloba consultas de pré-natal e acompanhamento puerperal, que na maioria das vezes são realizadas no próprio domicílio, o que pode favorecer a aproximação entre profissional, gestante e família, contribuindo para a vinculação dos mesmos^{12,13}. Nesse sentido, importante destacar que a assistência humanizada e segura, o acompanhamento durante o parto e o pós-parto, bem como o acesso

(*) Ao utilizar o gênero feminino para se referir às gestantes, parturientes e puérperas, as autoras gostariam que todas as outras expressões sentissem-se incluídas.

a informações claras sobre os procedimentos, são direitos garantidos por lei à parturiente e ao recém nascido^{12,14}.

Portanto, o modelo de atenção ao PDP encontra sustentação nos direitos humanos, pois parte da autonomia e liberdade de escolha da gestante acerca dessa assistência a fim de iniciar o planejamento de cuidado individualizado. Outrossim, importante referir à escolha pelo local de parto, os efeitos nocivos, a dor e o sofrimento causados pelas práticas institucionalizadas, como a recorrência de violência obstétrica nestes espaços¹⁵. A incompreensão das subjetividades e especificidades vividas durante o processo do trabalho de parto e parto simbolizam elementos de violência que também orientam a alternativa do PDP enquanto uma garantia de direitos¹⁶. Nesse sentido, a busca pelo PDP é considerada como alternativa à violência obstétrica, uma violência sexista contra mulheres e pessoas trans, difundida nos espaços hospitalares, apresentando-se um modelo viável à garantia da parentalidade trans, por exemplo¹⁷.

Soma-se a escolha pelo PDP, o critério de risco habitual da gestação enquanto fator essencial para essa assistência, além da condição fundamental de que as profissionais tenham *expertise* na identificação e condução de emergências obstétricas e neonatais até a estabilização necessária para que realizem a transferência para o ambiente hospitalar^{10,18}. Isto posto, é possível delinear que o PDP está sustentado por um tripé, sendo a classificação obstétrica de risco habitual e a qualificação profissional dois desses pilares e o plano de contingência às situações de transferência o terceiro.

Dessa forma, a fim de orientar acerca das condicionantes ao PDP e suas variáveis, a equipe de assistência deve firmar contrato de prestação de serviço, conforme legisla o código de ética profissional, além de conferir anuência em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que versa sobre o modelo assistencial ofertado, baseando-se, portanto, nas melhores evidências científicas disponíveis. Assim sendo, salienta-se a necessidade de atualização contínua das profissionais que assistem partos domiciliares a fim de prestarem um atendimento seguro para o binômio (pessoa em trabalho de parto e parto-feto/neonato).

No que diz respeito à segurança do PDP, dados internacionais vêm apontando para desfechos positivos, pois as boas práticas de atenção ao parto são mais frequentemente asseguradas. Estudo epidemiológico desenvolvido nos Estados Unidos da América mostrou que 89,1% das quase 17 mil mulheres que planejaram partos domiciliares deram à luz em casa, sendo que a maioria das transferências ocorreram por falha na progressão. No que tange a necessidade de intervenção, apenas 4,5% da amostra necessitou de ocitocina exógena e/ou analgesia. A pesquisa, ainda aborda indicadores relacionados ao recém-nascido (RN),

de modo que baixas pontuações de Apgar no primeiro minuto (<7) ocorreu em apenas 1,5%; a maioria deles (86%) estava em aleitamento materno exclusivo na sexta semana de vida e excluindo as anomalias letais, as taxas de mortalidade intraparto, neonatal precoce e neonatal tardia foram de 1,30, 0,41 e 0,35 por 1000, respectivamente^{19,20}.

Ainda nessa seara, uma metanálise que reuniu informações de aproximadamente 500 mil partos domiciliares evidenciou que mulheres com intenção de dar à luz em casa em comparação com o hospital tinham menos probabilidade de ter: cesariana, parto vaginal operatório, analgesia peridural, episiotomia, laceração de 3º ou 4º grau. O estudo também aponta que a hemorragia pós-parto é menos frequente para essas mulheres²¹.

De forma semelhante aos desfechos internacionais, estudo documental com 66 prontuários de mulheres que tiveram parto domiciliar planejado ocorrido em Joinville, Santa Catarina, Brasil, mostrou que houve necessidade de transferência materna durante o trabalho de parto em 16,5%, percentual em torno do que é apresentado nos estudos internacionais, que se encontram 19% e 30%, a depender do país¹³. Nessa pesquisa, as lacerações perineais espontâneas foram de 1º ou 2º graus e não houve lacerações mais graves (3º ou 4º graus), sendo a incidência de períneo íntegro entre 27,3% a 34,8%¹.

Soma-se a esses dados estudo de revisão sistemática acerca de PDP que analisou a produção bibliográfica nacional acerca de parto domiciliar e evidenciou que as taxas de cesarianas variaram de 5,7% a 9%, dentro dos índices recomendados pela OMS e bem abaixo da média nacional que representa 52% dos nascimentos na rede pública, podendo chegar à 88% na rede privada²². Este perfil assistencial faz com que as gestantes vislumbrem a humanização no parto, de modo que a escolha pelo local perpassa pelo desejo de afastar-se do ambiente hospitalar, onde está suscetível a um maior número de intervenções^{1,23}.

Estudos vêm apontando para números expressivos de intervenções no processo de parturição, no cenário hospitalar, que dificultam a progressão fisiológica do trabalho de parto (TP)^{8,24}. Essas intervenções, realizadas há anos, incluem uso rotineiro de enema, tricotomia, posição supina durante o TP, administração de ocitócitos, posição de litotomia, esforço de puxo prolongado e dirigido, amniotomia precoce, clampeamento precoce do cordão umbilical, episiotomia, dentre outros, as quais não apresentam nível de evidência científica para serem recomendadas nas diretrizes de assistência ao parto elaboradas pela OMS desde 1996 e atualizadas em 2017 no contexto brasileiro, devendo ser abolidas ou desestimuladas considerando a possibilidade de impacto negativo na vivência^{3,4}.

Mesmo diante dessa realidade adversa, esse local de parto ainda é fortemente estimulado no Brasil, diferente do que ocorre com o PDP, que vem na contramão desse

modelo intervencionista de atenção ao parto e apresenta-se enquanto possibilidade de mudança do cenário dos nascimentos no Brasil. Ilustrando essa realidade, dados revelam que, entre os anos de 2013 e 2023, 98,4% dos nascimentos (com nascidos vivos) ocorreram no ambiente hospitalar, enquanto 0,7% aconteceram no domicílio²⁵. Contudo, o quantitativo de partos domiciliares planejados especificamente não é mensurado no país, pois o percentual informado engloba também aqueles que acontecem sem planejamento, como é o caso dos domiciliares acidentais.

Esse contexto de limitação de dados governamentais específicos para PDP remete à falta de notoriedade para essa opção de local de parto, a qual não é contemplada ou incentivada em documentos do MS que ainda não possuem políticas públicas que orientem esse modelo de assistência¹³. Tal realidade contribui para a escassez de protocolos assistenciais norteadores da prática à nível nacional, ficando esta responsabilidade à cargo das equipes e coletivos de parto que atuam de forma autônoma e prestam assistência privada.

Este cenário diverge de países considerados como referência para o modelo de boas práticas obstétricas, como a Holanda e Reino Unido, os quais possuem sistema de assistência ao PDP bem estruturado e articulado com o sistema público de saúde^{26,27}. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o apoio a esta prática se mostra incipiente, sendo uma realidade apenas na cidade de Belo Horizonte (Minas Gerais), que funcionou, desde 2013, por aproximadamente onze anos, a qual esteve atrelada à iniciativa filantrópica do Hospital Maternidade Sofia Feldman^{28,29}.

Ao tempo em que se percebe o aumento dessa demanda, é essencial oferecer respaldo às enfermeiras obstetras e obstetras que tenham interesse em atuar nesse contexto, norteando sua assistência de maneira a pautá-la na segurança do binômio, na valorização da pessoa em trabalho de parto e parto e do(a)(s) acompanhante(s), bem como no respeito à fisiologia do processo³⁰. Desse modo, a fim de regulamentar a assistência ao PDP no estado da Bahia, conforme normatização preconizada pelo COFEN para da atuação profissional, a constituição de um protocolo local estará garantindo o direito das mulheres através de uma assistência fortalecida e com reforço da segurança do modelo assistencial de PDP para mulheres e gestantes baianas, além da valorização das profissionais que as assistem.

Para tanto, a sua efetivação segura depende da regulamentação e padronização da prática assistencial, ações facilitadas através da existência do protocolo assistencial. Ademais, a implementação do protocolo proposto, poderá colaborar para avanços na instrumentalização da prática profissional e elaboração de políticas públicas que favoreçam acessibilidade ao PDP, sobretudo diante do ineditismo deste documento à nível regional¹⁰.

A atuação do Conselho de Enfermagem enquanto órgão normativo e fiscalizador é fundamental para garantir que o exercício profissional ocorra dentro dos padrões técnicos, éticos e legais, assegurando o cuidado seguro à mulher e ao recém-nascido. Considerando que o Conselho Profissional representa os interesses e asseguram a qualidade do serviço prestado por enfermeiras obstetras e obstetrites, a existência desse protocolo assistencial, pautado nas recomendações de cuidado obstétrico atualizadas, poderá colaborar para ampliar a qualidade do serviço de PDP. Como exemplo, a aquisição de medicamentos necessários para a prática, como drogas uterolíticas para tratamento de hemorragia pós-parto, que complementam estratégias de reforço da autonomia profissional.

Frente ao exposto, encontra-se descrito neste Protocolo os critérios seguros para a atuação de enfermeiras obstetras e obstetrites na assistência ao parto domiciliar planejado. Vale referir que o respaldo científico-legal para a atuação profissional descrito no documento, favorece a garantia do modelo assistencial.

Diante disso, o presente documento encontra-se organizado a partir dos critérios de elegibilidade para o PDP, instrumentalização necessária para a atenção ao pré-natal, parto, nascimento, e cuidados puerperais. Soma-se a especificação de condutas em situações adversas, planos de contingência, descarte de resíduos e limpeza de materiais diversos. Finalmente este documento prevê orientações para sua implementação, monitoramento e avaliação, este último disponível através de um QRcode.

2 OBJETIVO

Sumarizar orientações a respeito dos recursos humanos, materiais e medicamentos essenciais para o atendimento ao parto domiciliar planejado, bem como a delimitação de critérios elegibilidade/inelegibilidade para esse local de parto, descrição de condutas assistenciais respaldadas por evidências científicas e sistema de descarte de resíduos.

3 PÚBLICO-ALVO

Direcionado às enfermeiras obstetras e obstetrizes atuantes, ou interessadas por atuar em PDP. A fim de contribuir com a promoção das informações assistenciais para toda a rede integral da saúde, este documento destina-se também aos gestores de saúde, às instituições de ensino, conselhos profissionais e entidades de classe.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO PROTOCOLO

Esse documento, desenvolvido com base em evidências científicas atualizadas, oferece ferramentas para EO e OBST atuarem de maneira uniforme e prestando uma assistência segura no contexto de parto domiciliar planejado. A construção deste protocolo contou com a participação de enfermeiras obstetras que possuem vasta experiência na assistência ao PDP e titulação acadêmica variando entre especialistas, mestras e doutoras.

A trajetória para a elaboração do Protocolo de Assistência ao PDP-Ba perpassou por etapas que vão desde o levantamento de evidências científicas internacionais e nacionais, a análise de documentos oficiais acerca da atenção obstétrica, e o levantamento de pesquisas quantitativas e qualitativas que discorrem sobre a demanda por um protocolo assistencial. Destaca-se que a fundamentação legal para garantir o exercício da atuação das enfermeiras obstetras e obstetras está disposta ao longo do protocolo, conferindo legitimidade da assistência e embasando os direitos profissionais e das usuárias.

Amparado pela diretriz desenvolvida para elaboração de protocolos de enfermagem³¹ e considerando a incipiência de protocolos assistenciais para o PDP no Brasil, o presente documento foi desenvolvido com o apoio do grupo técnico de trabalho organizado pelo COREN/BA, denominado grupo de trabalho de PDP. O processo de validação do protocolo contou com a avaliação e revisão crítica de especialistas com formação em enfermagem obstétrica e atuação em PDP. As propostas de melhoria do documento foram consideradas e conferiram a validação do mesmo.

5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O PARTO DOMICILIAR PLANEJADO

Para conduzir assistência ao PDP de forma segura e com qualidade é necessário que sejam atendidos critérios de elegibilidade, listados nesta seção.

5.1 Referentes às profissionais

As profissionais de atenção ao PDP devem atender desde o pré-natal, o parto e o pós-parto, com habilidade e domínio para a especificidade do modelo assistencial. Para tanto, a assistência do PDP demanda:

- Formação em obstetrícia (especialização, residência ou graduação em obstetrícia);
- Regularidade com o Conselho de Classe profissional e com o registro do título de especialista na referida entidade;
- Atuação em equipe formada por, no mínimo, dois profissionais habilitados (enfermeira obstetra e/ou obstetriz);
- Atualização em emergências obstétricas e reanimação neonatal baseados em evidências científicas, devendo ocorrer a cada dois anos, no mínimo;
- Vivência prática da assistência ao PDP, de no mínimo um ano, idealmente com comprovação através de documento assinado por profissional experiente;
- Registro na Secretaria de Saúde local para acesso às Declarações de Nascido Vivo.

Estes critérios foram estabelecidos tendo em vista Parecer do Conselho Federal da Bahia de nº 023/2015³²:

Recomenda-se que o Enfermeiro Obstetra possua vasta experiência na área e que avalie criteriosamente sua competência técnica e científica para aceitar esta atribuição e ser capaz de desempenho seguro para si e para gestante conforme o artigo 13 do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem da Resolução COFEN nº 311/2007 e pelo artigo 12 que obriga o profissional de Enfermagem garantir a assistência de enfermagem segura, sem riscos ou danos ao cliente causados por negligência, imperícia ou imprudência.

A normatização do COFEN nº737/2024, que versa sobre atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes em PDP, também orienta para critério de elegibilidade relacionado à equipe de assistência¹⁰:

A equipe mínima para atendimento ao Parto Domiciliar Planejado deverá contar com, ao menos, duas enfermeiras obstétricas ou obstetrizes capacitadas prestar cuidado às mulheres no trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como ao recém-nascido, incluindo situações de urgência/emergência.

5.1.1 Orientações quanto ao processo de trabalho para a assistência de PDP

- Disponibilidade da equipe assistencial: definir o regime de plantão durante 24 horas por dia e sete dias por semana, a fim de garantir a assistência integral.
- Organização e construção dos impressos e documentos necessários para a assistência, à saber: Prontuário de pré-natal, a exemplo da caderneta da Gestante do MS; formulário de encaminhamento para pré-natal de alto risco gestacional, termo de consentimento para o PDP, conforme orientação normativa do Cofen¹⁰; prontuário para acompanhamento de trabalho de parto e parto, com partograma; prontuário de acompanhamento puerperal e neonatal; formulários de transferências intraparto materna e neonatal, e de encaminhamento pós-parto puerperal e neonatal; demais sugestões de documentos dispostas ao longo deste protocolo, bem como exemplificado em anexo.
- Construção de plano de contingência para a equipe: definir as necessidades de equipes de *backup*, especialmente em situações de partos simultâneos ou indisponibilidade da equipe principal.
- Proposta de atualização: sugere-se reuniões periódicas da equipe para fins de incluir nas suas atividades discussões de casos, simulações realísticas e planos para educação permanente.

Importante: A documentação necessária para assistência ao parto é de fundamental relevância técnica e legal para atuação de enfermeiras obstetras e obstetrizes no contexto de PDP, portanto, ainda que o presente protocolo tenha disponibilizado sugestões e orientações em anexo, entende-se que a elaboração dos mesmos é de responsabilidade de cada equipe. Isto porque, torna-se relevante observar a realidade local e adequar os materiais de registro para cada contexto. Tal documentação deve ser pensada analisando os processos de trabalho e sistematização dos mesmos, como ferramentas de aprimoramento particulares, construídos de acordo com o entendimento da prática assistencial.

5.1.2 Dispositivos legais para a atuação em PDP

- Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986³³: Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil.
- Decreto nº 94.406³⁴, de 8 de junho de 1987: Além de regulamentar a Lei nº 7.498/1986³³ sobre o exercício da enfermagem, estabelece outras providências importantes, como as atividades referentes à assistência ao parto normal.
- Resolução do COFEN nº 564 de 06 de dezembro de 2017³⁵: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
- Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD): Confere regras de proteção a todos os dados pessoais, estejam eles em formato físico ou digital³⁶.
- Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009³⁷: Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Resolução COFEN nº 672 de 19 de julho de 2021⁵: Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.
- Resolução COFEN nº 737 de 02 de fevereiro de 2024¹⁰: Estabelece normas para a atuação do Enfermeiros Obstetras e Obstetrixes na assistência à mulher, recém-nascido e família no Parto Domiciliar Planejado.

5.2 Referentes ao local do atendimento

- Facilidade de acesso ao domicílio nas 24 horas e a qualquer dia da semana, considerando transporte particular ou ambulância;
- Segurança, tendo em vista fatores como risco iminente de desastres naturais, índices de violência na região, acesso a água potável;
- Proximidade a um hospital de referência com plantão obstétrico e neonatal por 24 horas, não devendo ultrapassar 30 minutos de deslocamento em caso de necessidade de transferência materna ou neonatal.

Os critérios apontados por Colossi (2017)³⁸ foram consultados para a definição dos tópicos listados acima.

5.3 Referentes à gestante

Os critérios observados nas gestantes para a viabilidade do PDP devem compreender uma rigorosa avaliação obstétrica, conforme estipulado para a gestação de risco habitual. Destaca-se que a classificação de risco gestacional se dará a cada consulta de pré-natal, portanto, frente a mudança do risco habitual da gestação, ou demais critérios subjetivos que possam justificar a fragilidade da assistência, a equipe pode recusar o PDP.

Salienta-se que, as orientações quanto aos critérios de elegibilidade devem ser discutidas em consulta explicitamente, com leitura prévia do TCLE (ver Anexo 01). Destaca-se que o TCLE é um instrumento fortalecedor da autonomia da gestante, para tanto é imprescindível a leitura na íntegra e a validação dialogada do mesmo. Além disso, o termo reforça o compromisso com a ética profissional da equipe.

O mesmo deve abordar os planos de contingência para situações de urgências e emergências, mas também no que se refere à mudança de classificação de risco gestacional. Sendo assim, a ciência da corresponsabilização nos processos de escolhas e decisões, devem estar previstos nos documentos a serem assinados, considerando o consentimento deste termo uma etapa crucial para dar seguimento a elegibilidade do PDP.

Abaixo estão identificados os critérios obstétricos de inclusão e exclusão para um PDP. Importante referir que a identificação desses critérios foi fundamentada em evidências científicas atualizadas e encontram-se alinhados aos serviços de atenção obstétrica voltados para atendimento às gestações de risco habitual e práticas assistenciais usuais em centros de parto normal.

5.3.1 Critérios obstétricos de inclusão para um PDP

Os critérios de elegibilidade dispostos no quadro 1 determinam as condições referentes à gestação atual e que viabilizam o PDP.

Quadro 01: Critérios obstétricos de inclusão para um PDP.

| Critérios de Inclusão |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Classificação da gestação enquanto de risco obstétrico habitual;- Gestação única;- Apresentação cefálica;- Idade gestacional maior ou igual a 37 semanas até 42 semanas completas;- Idade materna acima de 18 anos;- Índice de massa corpórea (IMC) materno entre 18 e 40;- Realização de pré-natal com a equipe de PDP;- Realização de todos os exames de rotina do pré-natal. |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025^{39,40}.

5.3.2 Critérios obstétricos de exclusão para um PDP

A inelegibilidade para um PDP pode estar associada tanto às condições prévias da gestação, quanto às atuais, além dos critérios relacionados ao feto, conforme organizados no quadro 02.

Quadro 02: Critérios obstétricos de exclusão para um PDP.

| Critérios de exclusão referentes à gestação | Critérios de exclusão referente ao feto |
|--|---|
| Condições prévias à gestação que agregam risco ao evento do parto (Pneumopatias e/ou nefropatias graves, epilepsia, Tireoidopatias, Hipertensão arterial crônica). | <ul style="list-style-type: none">- Restrição do crescimento intrauterino;- Malformação fetal com indicação de gravidade;- Condições de arritmia fetal ou ausência de movimentos fetais;- Feto acima do percentil 90 ou suspeita de macrosomia |
| Condições da gestação atual <ul style="list-style-type: none">- Uso de medicamentos teratogênicos;- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento especializado;- Confirmação ou suspeita de doenças infecciosas por Zika Vírus, | |

| | |
|--|--|
| <p>Chikungunya, Dengue e/ou COVID-19 após 35 semanas de gestação;</p> <ul style="list-style-type: none">- Herpes Genital em com lesão ativa após 36 semanas;- Anemia grave ou refratária ao tratamento;- Sífilis;- Síndromes hipertensivas;- Diabetes gestacional com controle medicamentoso;- Polidrâmnio ou oligoidrâmnio;- Placenta prévia com diagnóstico após 28 semanas;- Trabalho de parto prematuro ou ruptura prematura de membranas antes do termo.- Descolamento de placenta ou suspeita de acretismo placentário;- Colo curto (< 25 mm) entre 20 e 24 semanas. | |
|--|--|

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025³⁹⁻⁴⁶.

Importante: O presente documento reforça a relevância da estratificação de risco enquanto uma condição obrigatória de atenção a cada consulta pré-natal, de modo que a elegibilidade do PDP não é definida absolutamente na primeira consulta.

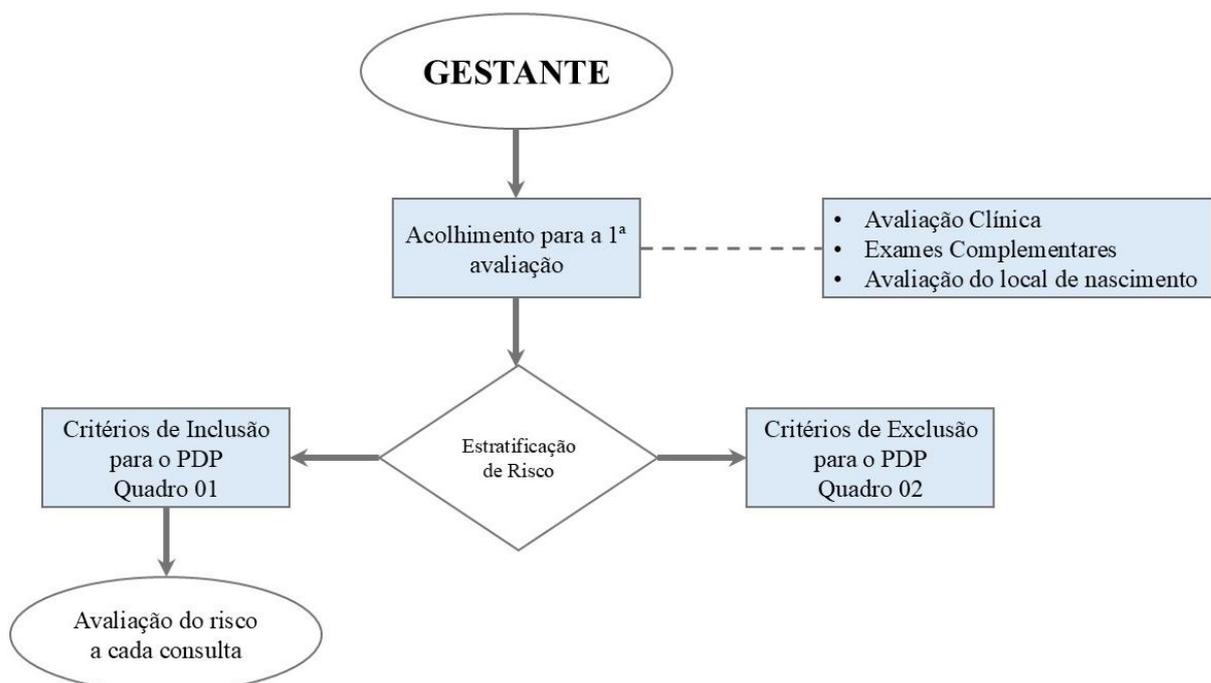
6 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Diante a procura por uma assistência de PDP, a parteira da equipe que fizer o contato primário deve, ainda que essa comunicação seja por telefone ou virtualmente, identificar o desejo pelo modelo assistencial e explicar, de forma clara e objetiva, como se apresenta o serviço ofertado pela equipe. A assistência de pré-natal no modelo de PDP é um processo dinâmico, destacando-se pela estratificação de risco gestacional à cada consulta.

6.1 Estratificação de risco na consulta de acolhimento ao PDP

Após o acolhimento inicial, deve-se marcar uma primeira consulta, para, a partir de uma anamnese, avaliação dos exames existentes e investigação obstétrica, definir a estratificação de risco necessária para a elegibilidade do PDP. Essa estratificação de risco identificada nessa primeira consulta irá nortear a condução do pré-natal.

Fluxograma 01: Estratificação de risco na consulta de acolhimento ao PDP.



Fonte: Elaboração das próprias autoras.

6.2 Estruturação e periodicidade das consultas de pré-natal em PDP

A gestante elegível para um PDP será acompanhada periodicamente pela(s) profissional(ais) para a realização do pré-natal, descrito minuciosamente nesta sessão, conforme quadro 3 de estruturação de consultas.

Quadro 03: Estruturação de consultas pré-natal em PDP.

| Consulta | Período | Organização das consultas |
|------------------------|--|--|
| 1ª consulta pré-natal | Preferencialmente com idade gestacional menor ou igual a 12 semanas. | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do domicílio, conforme critérios estabelecidos no item 5.2 - Avaliação clínica para identificação dos critérios de elegibilidade obstétrica e estratificação do risco gestacional. - Avaliação obstétrica e solicitação de exames adequados à IG. - Leitura e discussão do TCLE de PDP. - Construção dos planos de contingência (consultar seção 11). - Acolhimento das parcerias/familiares. |
| Consultas subsequentes | <p>Mensal até 28 semanas.</p> <p>Quinzenal entre 28 e 36 semanas.</p> <p>Semanal a partir de 37 semanas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação obstétrica e solicitação de exames adequados à IG. - Estratificação do risco gestacional. - Incentivo a construção do plano de parto. - Reforço do protagonismo da gestante. - Acolhimento das parcerias/familiares. - Abordagem acerca de especificidades no pós-parto: consulta com |

| | | |
|--|--|--|
| | | pediatria/neonatalogia; necessidade de uso de imunoglobulina para mulheres com fator Rh; condições que demandam fototerapia. |
|--|--|--|

Fonte: Elaboração das próprias autoras.

Conforme preconizado pelo MS, a assistência pré-natal deve ser iniciada logo após a descoberta da gravidez, o quanto antes for possível, preferencialmente antes da 12ª semana de gestação, e contemplar, no mínimo, seis consultas a serem realizadas no curso da gravidez^{47,48}. Este momento é compreendido como essencial para avaliar o bem-estar do binômio e favorecer a aproximação entre a gestante e a(s) profissional(ais) que estarão presentes no momento do parto, construindo vínculo que poderá favorecer o estabelecimento de uma relação de confiança. Somado a isso, é também um espaço para formação conjunta dos conhecimentos para a tomada de decisões informadas e planejamento do PDP.

Sobre o processo inicial do pré-natal, cabe salientar a importância acerca das suplementações preconizadas pelo MS. Dessa maneira, ao espaço do pré-natal cabe a prescrição do sulfato ferroso, ácido fólico e cálcio, conforme orientações protocolares, acrescido da avaliação de fatores de risco que demandam micronutrientes ou medicamentos específicos, à exemplo da pré-eclâmpsia^{47,48}.

Compreende ao período pré-natal uma atenção importante à construção do protagonismo da mulher, associando elementos que proponham discutir acerca da segurança do PDP. Para tanto, sugere-se estimular a elaboração de um plano de parto, considerado um guia de comunicação entre a gestante e equipe, a fim de tratar questões específicas, a exemplo das transferências frente às mudanças de risco gestacional, tanto durante a gestação quanto no parto ou no pós-parto.

Considerado um momento sensível para a gestante e seus familiares, o período pré-natal é de grande relevância para a promoção da educação em saúde³⁹. No que tange a especificidade do PDP, a educação perinatal revela-se uma oportunidade para proporcionar um espaço de discussão acolhedor e baseado em evidências científicas, a fim de colaborar com a reflexão crítica do cenário obstétrico. Para tanto sugere-se que, sobretudo à oportunidade das consultas serem realizadas em domicílio, que as profissionais estimulem a participação dos familiares e demais acompanhantes que sejam da livre escolha da gestante para estarem presentes nas consultas de pré-natal.

Os planos assistenciais devem ficar estabelecidos nas consultas iniciais de pré-natal, firmados em contrato de prestação de serviço, e descritos em TCLE, com determinação do local onde acontecerá o parto, e as possibilidades em casos de transferências. Tais situações, devem ser discutidas de forma clara, nomeando as condições previamente apresentadas em TCLE de PDP.

Recomenda-se que o TCLE seja construído contemplando os tópicos descritos abaixo e usando como documento norteador o anexo 01 que foi adaptado do modelo disponível na resolução Cofen nº737 de 2024¹⁰:

- Apresentar dados acerca dos critérios para a segurança e elegibilidade do PDP;
- Informar sobre os benefícios e riscos que envolvem o PDP, embasados cientificamente;
- Descrever o serviço ofertado pela equipe, desde o pré-natal, parto e pós-parto;
- Informar sobre procedimentos e condutas que a equipe não realiza;
- Elencar sobre os materiais que a equipe dispõe para a assistência;
- Abordar como ocorre o acompanhamento nas situações de que levem à inelegibilidade do PDP;
- Explicitar sobre as condutas em caso de transferências anteparto, intraparto ou pós-parto, seja em situação de urgências e emergências ou em caráter eletivo, e quais os papéis de cada pessoa;
- Discorrer acerca da corresponsabilização nos processos de escolhas e decisões da família enquanto etapa crucial para dar continuidade a elegibilidade do PDP;
- Respalidar o documento em referências científicas atualizadas.

Importante destacar a imprescindibilidade da ciência acerca da especificidade do veículo de transporte para transferência em situações de urgências e emergências obstétricas e/ou neonatais. Nesse sentido, considera-se as condições dos serviços públicos ou privados, desde que respeite o critério de segurança da garantia de continuidade do cuidado e relevância da distância a ser percorrida, conforme descrito no item 11.

As consultas de pré-natal possuem periodicidade variada de acordo com a idade gestacional, com intervalos cada vez menores entre os encontros. A respeito disso, o recomendado é que durante o primeiro trimestre da gestação o acompanhamento seja mensal, mudando para quinzenal no período entre 28 e 36 semanas e, então, semanalmente a partir das 37 semanas de gestação⁴⁸. De acordo com a especificidade do PDP, o local de realização do pré-natal pode ser acordado entre equipe e gestante, entretanto, é

imprescindível que a primeira consulta a termo aconteça no local onde está planejado ocorrer o parto.

Durante as consultas de pré-natal deverá ser repassado para a gestante uma lista com materiais que devem ser adquiridos com fins a viabilizar o parto domiciliar (descritos no item 6.6). Na consulta das 37 semanas, a equipe deve conferir os itens solicitados e se informar sobre onde serão armazenados. Neste momento, recomenda-se também que a equipe oriente a gestante quanto à necessidade de criação de um grupo virtual com as pessoas que estarão presentes na assistência ao parto, através do qual ela(ele) poderá sinalizar as profissionais a respeito das mudanças relacionadas ao período premonitório.

Especificamente para a pessoa que opta pelo PDP, é possível que ela inicie o acompanhamento pré-natal com outros profissionais, enfermeira, obstetriz ou médica, ou que realizem consultas alternadas entre, por exemplo, equipe de PDP e outros profissionais que atendem através de plano de saúde ou na Atenção Básica à Saúde do SUS. Entretanto, no máximo até a 30ª semana ela deve ser acompanhada pela equipe que irá assisti-la no PDP a fim de ampliar a vinculação e potencializar a preparação para o evento do parto.

Considerando a trajetória de acompanhamento pré-natal e a solicitação de exames, é importante destacar que as enfermeiras obstetras e obstetrizes encontram-se respaldadas pelos protocolos atrelados ao SUS e por resolução de conselho de classe quanto à essas solicitações^{50,51}. No entanto, em contextos em que a gestante opte por utilizar o plano de saúde, salienta-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não assegura a solicitação de exames por essas profissionais, o que demanda das equipes de PDP orientarem às gestantes a realizarem o pré-natal em paralelo com as unidades de Atenção Primária à Saúde, salvo às situações em que haja a incorporação de um profissional médico na equipe.

Vale ressaltar que o respeito à equidade, continuidade do cuidado e articulação intersetorial são princípios aos quais se propõe o presente protocolo, considerando as premissas do SUS. Nesse sentido, ainda que o PDP seja realizado no setor privado, torna-se relevante a conexão entre este documento, as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Rede Alyné para melhoria da qualidade do serviço ofertado^{52,53,54}. Ademais, cabe referir que o estímulo de parcerias entre as unidades de saúde pública e as equipes de PDP colaboram para uma comunicação mais efetiva, possibilitando estratégias mais eficazes sobretudo nas situações de transferência.

Além disso, é necessário que a equipe informe a gestante acerca da primeira avaliação do RN com o neonatologista/pediatra, que deve ocorrer idealmente nas primeiras 48 horas após o nascimento. Salienta-se que é de responsabilidade da pessoa que está

gestando e seu(sua)(s) acompanhante(s) garantir essa avaliação, sendo orientados a contactar previamente este profissional e escolher se a consulta se dará em domicílio ou consultório/unidade de saúde.

As consultas de pré-natal devem contemplar o acompanhamento do bem-estar da gestante e do feto a partir do exame físico (Quadro 04), avaliação obstétrica e de exames laboratoriais e de imagem (Quadro 05), conforme descrito detalhadamente nos quadros abaixo.

Quadro 04: Descrição de exame físico e avaliação obstétrica a serem realizados nas consultas de pré-natal.

| Exame físico da gestante | |
|---|--|
| Ação | Descrição |
| Exame de pele e mucosas | Observar coloração da mucosa, hidratação e elasticidade da pele, bem como a presença de manchas, cloasma e lesões na mesma. |
| Avaliação das mamas | Observar as características das mamas, de maneira a dar orientações específicas sobre a amamentação. Palpar as mamas para pesquisar possíveis alterações. |
| Medição do peso | Acompanhar variações do IMC, sinalizando-as no gráfico de acompanhamento nutricional, conforme previsto na Caderneta da Gestante elaborada pelo MS ⁴⁸ . Caso necessário, pode-se aconselhar acerca de hábitos alimentares e de vida, sugerindo consulta com nutricionista. O ganho de peso em excesso também pode alertar para o possível surgimento de quadro de pré-eclâmpsia e Diabetes Gestacional. |
| Verificação de pressão arterial e frequência cardíaca | Aferir pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC). É esperado um aumento da FC e diminuição da PA durante a gestação. Entretanto, é necessária atenção rigorosa aos quadros de Hipertensão Arterial Crônica ou Gestacional, devido ao risco aumentado de pré-eclâmpsia. Nesse sentido, o diagnóstico é tido quando a PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg, em duas verificações com 4 horas de intervalo entre elas. Em |

| | caso de PA 160x110 mmHg se configura gravidade do quadro, necessitando de transferência para ambiente hospitalar. | |
|-------------------------------------|--|---|
| Investigação da presença de edemas | Analisar a presença de edema de membros inferiores, abdome e face. A rápida progressão do edema pode alertar para alterações de saúde como pré-eclâmpsia e doença renal. | |
| Avaliação ginecológica | Realizar exame ginecológico caso haja queixa(s). | |
| Questionamento quanto à saúde bucal | Orientar sobre higiene bucal e recomendar acompanhamento odontológico. | |
| Orientação acerca de imunização | Encaminhar a gestante para unidade de saúde para acompanhamento do calendário vacinal específico. | |
| Avaliação obstétrica | | |
| Ação | IG | Descrição |
| Mensuração da altura uterina | ≥ 12 semanas | Acompanhar o crescimento fetal de acordo com a idade gestacional. |
| Ausulta do batimento cardíaco fetal | ≥ 10 semanas | Constatar a vitalidade fetal. Considera-se normal quando a ausculta varia entre 110 e 160 batimentos por minuto. |
| Manobra de Leopold | ≥ 24 semanas | Determinar a apresentação e situação fetal a partir da realização da Manobra de Leopold. |

Fonte: Elaboração das próprias autoras.

Quadro 05: Descrição de exames a serem solicitados de acordo com o trimestre da gestação.

| Exame | Primeiro trimestre | Segundo trimestre | Terceiro trimestre | A partir de 41 semanas |
|-------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Hemograma | X | X | X | Se necessário. |
| Glicemia de jejum | X | | X | Se necessário. |

| | | | | |
|--|----------------|---|---|----------------|
| Tipagem sanguínea e fator Rh | X | | | |
| Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra(o), tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica). | X | | | |
| Coombs indireto (se Rh negativo) | X | X | X | |
| Teste de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR | X | | X | |
| HTLV I e II* | X | | X | |
| Anti HCV | X | | | |
| HIV | X | | X | |
| Toxoplasmose IgG e IgM | X | | X | |
| Sorologia para hepatite B (HbsAg) | X | | X | |
| TTGO 75g (0, 60, 120 min) | | X | | |
| Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) | X | X | X | Se necessário. |
| Rubéola IgG e IgM** | X | | | |
| <i>Estreptococcus</i> do grupo B (EGB)*** | | | X | |
| Citopatológico de colo de útero | Se necessário. | | | |
| Vitamina D | Se necessário. | | | |
| TSH | Se necessário. | | | |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025^{55,56,57}.

** Rubéola: este exame deve ter o intuito de identificar o risco de infecção e possibilitar que ocorra a vacinação no período puerperal, de maneira a proteger a pessoa nas possíveis gestações futuras (grau de recomendação B)⁵⁸.

*** *Estreptococcus* do grupo B: De acordo com o MS, o rastreamento universal está recomendado. Entretanto a disponibilidade do mesmo encontra-se restrito ao serviço privado

de saúde, portanto sendo passível a adoção de estratégias de triagem por identificação de fatores de risco⁴⁴.

Acerca dos exames ultrassonográficos, estes devem ser solicitados com cautela, uma vez que não existem evidências científicas que sustentem a realização de ultrassonografias de rotina, isoladamente, como conduta para melhorar o desfecho perinatal em gestações de risco habitual^{59,60,61}. Diante o exposto, recomenda-se a sua realização seja de maneira pontual, a saber:

- Ultrassonografia precoce, preferencialmente anterior a 13ª semana gestacional, com a intenção de verificar a idade gestacional, em situações de ciclo menstrual irregular ou desconhecimento da data da última menstruação (DUM), determinar a topografia da gestação (excluir gravidez ectópica), dar diagnóstico de gestação múltipla e corionicidade;
- Ultrassonografia Obstétrica morfológica, realizada entre 20 a 24 semanas de gestação. Esta é indicada para detectar malformações fetais e, na ausência de uma ultrassonografia precoce, poderá auxiliar no cálculo da idade gestacional.

A literatura não apresenta respaldo para realização de exame ultrassonográfico de rotina em gestação consideradas de risco habitual após a 24ª semana de gestação⁶². Salienta-se, entretanto, atenção aos sinais clínicos que possam sugerir a necessidade de novas avaliações ultrassonográficas.

O ecodopplercardiograma fetal, incluso no *hall* de procedimentos do SUS, deve ser ofertado como estratégia de triagem perinatal em pessoas com gestações de risco habitual para detecção de cardiopatias congênitas. Segundo a Diretriz Brasileira de Cardiologia Fetal, esse exame deve ser realizado preferencialmente entre 24 e 28 semanas, quando ocorre melhor visualização das estruturas cardíacas^{25,63}.

Outros exames, que tem por objetivo avaliar a vitalidade fetal, como a cardiotocografia, a dopplervelocimetria e o perfil biofísico fetal, em se tratando de gestantes de risco habitual, não possuem evidências comprovando melhora nos desfechos perinatais. O emprego desses exames de forma rotineira pode levar a falsos-positivos e excesso de intervenções, tornando-se, portanto, não recomendados para esse grupo de gestantes.

Ainda é importante salientar que, se durante o transcurso da gestação, por quaisquer alterações que possam vir a ocorrer, havendo mudança de classificação de risco habitual para alto risco, é necessário dialogar sobre a inelegibilidade da gestante ao PDP. Dessa forma, as profissionais deverão dar orientações necessárias e encaminhar para a continuidade do acompanhamento em um serviço especializado, sendo também de sua

competência disponibilizar cópia dos documentos descrevendo a assistência até o determinado momento, os quais deverão ser entregues ao profissional que assumirá o acompanhamento.

Outra pauta relevante a ser abordada é acerca da gestação prolongada, caso seja de interesse da pessoa. Considerando respaldo nas evidências científicas, após a 41ª semana gestacional não há consenso quanto à conduta expectante, porém aponta-se para a necessidade de maior atenção profissional no que tange ao bem-estar fetal^{64,65}. A maior atenção requerida neste período está atrelada ao risco aumentado de complicações, sobretudo com o feto. Dessa forma, recomenda-se que a avaliação a ser realizada pela profissional ocorra a cada dois dias, além disso alerta-se para a necessidade de realização de exames, como a cardiotocografia e ultrassonografia⁶⁴.

Vale referir que o uso de métodos naturais e não farmacológicos para promover indução do TP configura-se uma alternativa para condução das gestações prolongadas. Ainda que as evidências científicas disponíveis acerca da utilização dos métodos não farmacológicos demandem mais robustez para comprovação de eficácia, estudos apontam que deve-se incentivar o uso conforme desejo da gestante (Quadro 06)⁶⁶.

Quadro 6: Métodos não farmacológicos para indução do TP e indicações.

| Método não farmacológico para indução | Indicação | Referências |
|--|--|---|
| Acupuntura e Acupressão | Amadurecimento cervical e estímulo das contrações uterinas | Mouta RJO, Prata JA, Silva SC <i>et al.</i> (2021) ⁶⁷ ; Smith CA, Armour M, Dahlen HG (2017) ⁶⁸ . |
| Óleo de Prímula | Amadurecimento cervical | Manual Técnico das Casas de Parto do Município de São Paulo (2016) ⁴⁰ ; Shayan A, Masoumi SZ, Kazemi F <i>et al.</i> (2020) ⁶⁹ ; Afroz A, Mohaddeseh P, Fatemeh D, Solmaz H, Vahid M (2021) ⁷⁰ . |

| | | |
|---------------------------|----------------------------------|--|
| Óleo de rícino | Estímulo das contrações uterinas | Gilad R, Hochner H, Savitsky B, Porat S, Hochner-Celnikier D. (2018) ⁷¹ ; Bayoumi YA, Alalfy M, Sharkawy M, Ali AS, Gouda HM, Hatem DL (2021) ⁷² . |
| Descolamento de membranas | Estímulo das contrações uterinas | Nggada BJ (2022) ⁷³ ; Sukumaran S, Chandraharan E (2021) ⁷⁴ . |

Fonte: Elaboração das próprias autoras.

Importante: Frente a situações que orientam uma mudança no plano de cuidados, sejam por estratificação de risco gestacional, solicitação da gestante ou indicação da equipe, deve-se considerar atenção à comunicação assertiva, de maneira a deixar claro o seguimento. Para tanto, sugere-se a criação de formulários específicos para esses contextos como um recurso material sistematizado da equipe assistencial (Anexo 03).

6.3 Interação psicoafetiva

Para além das etapas anteriormente descritas, o pré-natal também se configura enquanto importante momento para a investigação de questões emocionais e relacionais da gestante que podem vir a interferir no seu bem-estar e/ou do feto, bem como na progressão do TP. Para tanto, é primordial que a(s) profissional(ais), durante a assistência pré-natal, construam de uma boa relação com a gestante, priorizando a escuta ativa e o acolhimento, de maneira que ela(ele) se sinta confortável e segura para dialogar sobre questões de foro íntimo.

A vinculação da gestante a uma doula também deve ser estimulada. Destaca-se que essa profissional não deve compor a equipe de assistência ao PDP, haja vista, de acordo com estudos^{17,75} publicados acerca da importância do suporte contínuo durante o parto, as doulas têm um papel diferente de um profissional da assistência técnica, contribuindo inclusive para auxiliar na reflexão crítica acerca dessa assistência. Portanto a doula serve à gestante e deve ser de livre escolha da mesma.

A atenção integral e humanizada, com foco no bem-estar biopsicossocial da gestante é uma ação importante para o cuidado com a saúde mental. Nesse sentido, as consultas realizadas durante o pré-natal são oportunidades para a identificação da necessidade de abordagem multiprofissional, à exemplo da assistência psicológica, que, entre outros, desempenha importante contribuição para a prevenção da depressão pós parto⁷⁶.

A partir do estabelecimento da relação de confiança entre gestante, familiares e profissionais abre-se espaço também para o compartilhamento de dúvidas e angústias relacionadas aos processos de gestar, parir e cuidar do RN. Este se configura enquanto cenário ideal para abordar temas relacionados também ao puerpério como a importância da rede de apoio, construção de vínculo com o RN, amamentação, entre outros.

Importante: Reforça-se que tal postura está alinhada com os princípios éticos do parto humanizado, uma vez que cabe a família a decisão sobre a veiculação da história do nascimento, o que fortalece o protagonismo da mulher no parto, assegurando a privacidade e confidencialidade do evento.

6.4 Orientações para a tomada de decisão

Este espaço de troca também favorece que as profissionais deem orientações necessárias que encorajem o protagonismo da pessoa em trabalho de parto e possibilitem a participação ativa e informada da mesma durante a tomada de decisões. Cabe à(s) profissional(ais) fornecer evidências científicas e discutir em conjunto os riscos e benefícios das diferentes condutas a serem adotadas durante a assistência.

É essencial que as informações passadas e decisões tomadas em conjunto durante o pré-natal estejam devidamente descritas em termos de consentimento e contrato de trabalho a serem elaborados pelas profissionais e devidamente assinados. Estes visam trazer segurança e respaldo para todos os envolvidos. Novas decisões ocorridas no decorrer da assistência podem demandar adaptações no referido documento.

6.5 Recursos materiais para consultas de pré-natal

Para realização de consultas de pré-natal é fundamental que as profissionais tenham consigo materiais básicos como:

- Balança;

- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Fita métrica;
- Doppler fetal;
- Luva de procedimento;
- Caderneta de pré-natal;
- Prontuário de atendimento;
- Receituário;
- Caneta;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Contrato de prestação de serviço.

6.6 Recursos materiais a serem providenciados pela gestante e seu(sua)(s) acompanhante(s)

- Fraldas de pano lavadas para receber o neonato;
- Plástico ou papel filme para forrar o colchão e plástico para sofá, se houver;
- Lençóis para forrar cama e sofá;
- Toalhas de rosto e de banho (6 de cada);
- Pano de chão (aproximadamente 6);
- Sacos plásticos;
- Álcool a 70% para higiene do coto umbilical;
- Piscina inflável redonda com capacidade estimada para 360 litros (opcional);
- Mangueira (para levar água do chuveiro para a piscina, se optar por piscina);
- Resistências sobressalentes para o chuveiro;
- Peneira para limpar eventuais dejetos na piscina inflável (se optar por piscina);
- Baldes para ajudar a encher a piscina inflável (se optar por piscina);
- 4 panelas para esquentar água (se optar por piscina);
- Extensão com várias entradas e fio longo;
- Absorventes para uso no pós-parto;
- Alimentação para todos os presentes no cenário, incluindo a equipe.

7 ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

7.1 Assistência à parturiente

A assistência ao parto e nascimento, que compreende o monitoramento da evolução fisiológica do trabalho parto e parto, bem como quaisquer intervenções que venham a ser necessárias, requer recursos humanos mínimos e a disponibilidade de materiais e equipamentos necessários, os quais estão explicitados na presente seção.

Ainda durante o pré-natal a gestante é informada sobre a necessidade de contactar a equipe no momento em que identifica sinais de TP, considerando a necessidade de avaliação. Dessa forma, após o contato da gestante e/ou acompanhante(s), uma profissional se dirige ao domicílio e, constatado o TP em fase ativa, esta permanece na residência e dá início à assistência. Posteriormente, espera-se a chegada de outra profissional da equipe, de presença essencial no período expulsivo.

Salienta-se que para prestar a assistência faz-se necessário, ao menos, duas profissionais devidamente capacitadas (Ver seção 5), incluindo o conhecimento para conduzir a assistência em quaisquer intercorrências que possam vir a ocorrer. Com isso, é necessário que as profissionais estejam alinhadas com as competências e habilidades para o exercício da assistência, conforme indicado no Quadro 07.

Quadro 07: Competências e habilidades das profissionais que atuam no PDP durante o TP e parto.

| Ação | Descrição |
|---------------------------------------|--|
| Aferição de sinais vitais da gestante | Verificar pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca no início do TP. Em caso de alteração no padrão de estabilidade faz se necessário reavaliar os sinais, cuja frequência deve ser definida pela profissional. |
| Ausculta fetal intermitente | Realizar a ausculta fetal durante, no mínimo, 1 minuto, a cada 15 ou 30 minutos na fase de trabalho de parto ativo (primeiro período), diminuindo o intervalo para 5 minutos durante o período |

| | |
|---|---|
| | <p>expulsivo (segundo período). Recomenda-se também o monitoramento dos batimentos cardíacos antes da contração, durante a mesma e até 30 segundos após o seu fim.</p> <p>Espera-se encontrar uma frequência cardíaca entre 110 e 160 batimentos por minuto. Identificadas acelerações ou desacelerações avaliar conduta pertinente a ser adotada⁷⁷.</p> |
| Monitoramento da progressão fisiológica do TP | <p>Realizar avaliação obstétrica completa.</p> <p>Sugere-se a realização de dinâmica uterina no momento da chegada ao domicílio e ao observar sinais de mudança no padrão comportamental da pessoa em trabalho de parto e parto.</p> |
| Organização do cenário de parto | <p>Disponibilizar materiais e equipamentos de forma acessível no ambiente, mantendo o local organizado e contribuindo para uma ambiência acolhedora. Consultar a lista de materiais, equipamentos e medicamentos de responsabilidade das profissionais (ver item 7.5 e 7.6) rever lista de recursos materiais a serem disponibilizados pela gestante (ver item 6.6) e ver exemplos da organização dos mesmos (ver item 7.2).</p> <p>No período próximo ao expulsivo, deve-se manter o ambiente aquecido para o momento do nascimento. Destaca-se a importância de manter o material de recepção e reanimação do neonato nas proximidades do local do nascimento (ver item 7.5).</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>Salienta-se a importância da verificação sistemática de todo o material necessário para a reanimação antes de cada nascimento.</p> |
| <p>Adoção de boas práticas de atenção ao parto</p> | <p>Consultar plano de parto para auxiliar na condução da assistência individualizada.</p> <p>Oferecer métodos não farmacológicos para a dor.</p> <p>Orientar a pessoa em trabalho de parto e parto sobre a liberdade de movimentação e escolha pela posição. Estimular o envolvimento do(a) acompanhante no processo, conforme demanda da pessoa em trabalho de parto e parto.</p> <p>Incentivar a ingestão líquida e o consumo de alimentos durante o processo.</p> <p>Favorecer o contato pele-a-pele do binômio e promover o apoio ao aleitamento na primeira hora após o parto.</p> |
| <p>Registro da assistência em prontuário e partograma</p> | <p>Documentar todo o processo de assistência realizado, tendo em vista, sobretudo, o respaldo legal dos profissionais.</p> <p>Salienta-se que é de responsabilidade do profissional o arquivamento dos registros durante o tempo preconizado por lei.*</p> |

Fonte: Elaboração das próprias autoras.

*Considera-se o prazo mínimo de até 20 anos para a guarda do prontuário de pacientes, em papel ou digitalizado, com a profissional da equipe assistencial⁷⁸. Salienta-se que o armazenamento desta documentação é fundamental para assegurar a responsabilidade técnica, a rastreabilidade das informações e a proteção jurídica da equipe e da usuária.

7.2 Organização e disposição dos materiais e equipamentos no cenário do PDP

A segurança do domicílio também está associada à disposição dos materiais e equipamentos utilizados na assistência para conferir agilidade nas situações de urgência e emergência. Sobre isso recomenda-se:

- Assegurar que a piscina inflável seja disposta em espaço com, ao menos, 75% da sua borda livre;
- Garantir que as tomadas estejam viáveis para utilizar os equipamentos elétricos no ambiente em que estiver ocorrendo o nascimento;
- Viabilizar livre trajeto para a saída do domicílio em situação de urgência e emergência.

A organização dos cenários de trabalho de parto, parto e nascimento, bem como a disposição de recursos materiais a serem utilizados estão ilustrados nas figuras a seguir.

Figura 01: Disposição dos recursos materiais.



Fonte: Dani Curvelo.

Figura 02: Organização dos recursos materiais da maleta.



Fonte: Acervo pessoal

Figura 03 - Organização do cenário do trabalho de parto e parto.



Fonte: Acervo pessoal*

Nota: * A fotografia foi tirada antes do nascimento.

Figura 04: Organização do local do nascimento.



Fonte: Acervo pessoal

7.3 Organização da assistência durante o período expulsivo

Em um PDP, o local no domicílio a ser escolhido para o momento do nascimento deve obedecer aos seguintes critérios:

- Possuir espaço suficiente para a equipe movimentar-se com agilidade e segurança. Nesse sentido o banheiro, por exemplo, se apresenta-se inseguro para o nascimento haja vista tratar-se de um ambiente habitualmente pequeno, com piso escorregadio, e, em alguns contextos separados da cabine do chuveiro por uma porta de vidro;
- Prever o acesso livre às saídas de emergência;
- Dispor o material necessário para manejo das situações de urgência próximo das profissionais. Portanto, a organização desses materiais deve prever a eventualidade de uma mudança do local, no domicílio, onde irá nascer o RN;
- Definição prévia do papel de cada uma das parteiras neste momento, sobretudo no que se refere a:
 - Atenção ao horário do nascimento e aos tempos decorridos nas situações que demandem manejar intercorrências;
 - Identificar quem estará voltado para a recepção ao RN e quem fica responsável por auxiliar essa recepção, circulando os materiais necessários e/ou administrando medicações;

Importante: A dinâmica entre as profissionais durante a assistência ao parto, sobretudo no período expulsivo e manejo de intercorrências, compreende uma atividade importante no contexto do PDP. Portanto, recomenda-se que a equipe realize treinamentos, com simulação de atendimentos nas diversas situações possíveis durante a atenção ao parto, para alinhamento dos pares durante a assistência e o favorecimento da agilidade necessária em um PDP.

A equipe deve permanecer no domicílio por um tempo mínimo de quatro horas após o nascimento, sendo este denominado período de urgência de HPP, conforme descrito na seção 9 deste protocolo. Esse momento, que compreende a atenção ao pós-parto imediato, deve contemplar condutas importantes, a saber:

Quadro 08: Competências e habilidades das profissionais após o nascimento imediato de um PDP.

| ATENÇÃO À PARTURIENTE | | ATENÇÃO AO NEONATO | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| Ação | Descrição | Ação | Descrição |
| Estímulo à hora dourada e incentivo do contato pele-a-pele | | | |
| - Acompanhamento do delivramento espontâneo da placenta | Uso rotineiro de substâncias uterotônicas, clampeamento e secção oportuna do cordão umbilical e tração controlada do cordão umbilical após os sinais de separação placentária. | - Atenção para a manutenção de calor | Secar gentilmente o RN, preferencialmente com pano aquecido. |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <p>- Atenção ao quarto período do trabalho de parto</p> | <p>Vigilância do sangramento e controle da involução uterina para identificação precoce e atendimento imediato de intercorrências. A avaliação deve ocorrer a cada 15 minutos nas duas primeiras horas e depois a cada 30 minutos por mais duas horas.</p> | <p>- Recepção respeitosa do RN</p> | <p>Estimular a presença no colo materno;</p> <p>À necessidade de reanimação do RN, favorecer que os procedimentos sejam realizados ao lado da parturiente;</p> |
| <p>Incentivo à amamentação imediata, conforme desejo da gestante</p> | | | |
| <p>- Avaliação do canal vaginal</p> | <p>Observar a necessidade de sutura;</p> | <p>- Clampeamento oportuno do cordão</p> | <p>Oportunizar o clampeamento oportuno do cordão conforme ciência prévia, discutida em pré-natal</p> |
| <p>- Avaliação das condições gerais</p> | <p>- Verificar temperatura, pulso e pressão arterial;</p> <p>- Identificar índice de choque para avaliação do estado hemodinâmico da puérpera, sobretudo</p> | <p>- Classificação do Escore de Apgar</p> | <p>Preferencialmente que essa observação seja visual, com RN no colo materno</p> |

| | | | |
|--|---------------------|--|--|
| | em situação de HPP* | | |
| Registro da hora do nascimento e preenchimento de Declaração de Nascido Vivo (DNV) | | | |

Fonte: Elaboração das próprias autoras baseado no Guia de Assistência ao Parto da OMS⁷⁹.

*Índice de Choque (IC) = Frequência Cardíaca (FC)/ Pressão Arterial Sistólica (PAS) - Ver parâmetros no Anexo 06.

7.4 Cuidados do RN

Considera-se um cuidado primordial ao recém-nascido, o estímulo para o contato pele-e-pele. Portanto, a atenção ao RN deve iniciar, caso não demande de ação urgente, através da observação das parteiras ao neonato, preferencialmente posicionado no colo materno. Tal condição promove o estabelecimento dos benefícios desse contato, como a transição tranquila da respiração do RN e favorecimento do vínculo entre mãe e bebê^{89,90}.

Os cuidados ao RN compreendem as atividades das profissionais que estão na atenção ao parto e nascimento e buscam identificar qualquer alteração da normalidade ou demais problemas que possam requerer transferência, sendo assim descritos:

- Exame físico completo: verificar a circunferência cefálica, torácica e abdominal, altura, peso e temperatura corporal. Fazer ausculta cardíaca e medir frequência respiratória.
- Administração, em momento oportuno, da Vitamina K para profilaxia de hemorragia neonatal (doença hemorrágica do recém-nascido), conforme escolha previamente informada da gestante;
- Orientação acerca da coleta de sangue do RN nos casos de gestante Rh negativo com incompatibilidade Rh.

Cabe às profissionais o registro de toda a assistência em prontuário próprio e o preenchimento da caderneta do RN com a evolução do nascimento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (ACD). Salienta-se que no momento após o nascimento, assegurado o bem-estar do binômio, deve-se aproveitar para reforçar as orientações referente aos contatos em situações de dúvidas e emergências, sobretudo após a ausência da equipe, estimular a decisão quanto ao destino da placenta (consultar seção 11) e demais observações importantes (ver Quadro 09: Orientações essenciais para as famílias

após o nascimento). É importante que a equipe de PDP organize os materiais que foram utilizados durante a assistência, atentando-se para os descartes adequados (ver seção 11).

A próxima consulta da equipe deverá ser realizada, no período das primeiras 24 horas, podendo ser antecipada frente a situações adversas. Ainda assim, é de suma importância que as profissionais estejam disponíveis para esclarecimento de dúvidas e realização de orientações, de forma remota, conforme demanda.

É imprescindível a avaliação do neonatologista/pediatra dentro das primeiras 48 horas após o nascimento. Entretanto, ainda que o acompanhamento do ACD seja realizado por profissional externo a equipe do PDP, cabe à assistência domiciliar dar as orientações acerca dos testes e exames de triagem neonatal, bem como sobre o calendário vacinal, conforme está preconizado em documentos do MS. No que se refere ao acompanhamento do RN é necessário realizar consulta subsequente com a pediatria até o décimo dia de vida ou de imediato caso haja alguma necessidade.

Quadro 9: Orientações essenciais para as famílias após o nascimento

| ORIENTAÇÕES | DESCRIÇÃO |
|---------------------------------|--|
| Referentes à parturiente | |
| - Deambulação livre | Orientar que esteja acompanhada nos momentos de deambulação, a fim de ter apoio em situações de mal-estar. |
| - Alimentação adequada | Reforçar a importância da alimentação e hidratação. |
| - Atenção ao sangramento | Orientar quanto a alteração do quantitativo de sangramento e indicar entrar em contato imediato com a equipe, caso identifique perda aumentada ou tenha quaisquer dúvidas. |
| Referentes ao RN | |
| - Observação das eliminações | Recomendar que comunique à equipe a |

| | |
|--------------------------------|--|
| | presença de mecônio e urina durante as primeiras 48 horas. Essa medida promove um acompanhamento mais apurado acerca da ingestão do colostro e nutrição do RN. |
| - Atenção a oferta do colostro | Orientar a importância da livre demanda, respeitando, sobretudo nas primeiras 24 horas, a oferta do colostro em um intervalo máximo de 3 horas. |
| - Banho após as 24h | É recomendado que o banho ocorra apenas após 24h do nascimento, cabendo a família decidir o melhor momento para que aconteça. |
| - Higiene do coto umbilical | Orientar que mantenha o coto umbilical limpo e seco, reforçando que o uso de antisséptico é uma decisão individualizada.* |

Fonte: Elaboração das próprias autoras baseado nas recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022)⁸².

*De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a recomendação para higiene do coto umbilical é mantê-lo limpo e seco, sendo o uso de antisséptico uma decisão individualizada⁸³.

7.5 Recursos materiais para assistência ao parto

- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Estetoscópio adulto;
- Esfigmomanômetro;
- Sonar Doppler fetal;
- Fios para sutura;
- Instrumental estéril;
- Gazes estéreis;
- Seringas;

- Agulhas;
- Antisséptico tópico;
- Equipamento para Ventilação com Pressão Positiva (VPP): balão auto inflável com reservatório, manômetro e máscaras adulto e RN;
- Aspirador e sondas de aspiração;
- Glicosímetro;
- Cilindro de oxigênio 3 litros com fluxômetro e umidificador;
- Catéter nasal para oxigênio;
- Material estéril para clampeamento de cordão;
- Manta (tapete) térmica;
- Estetoscópio infantil;
- Balança para pesagem do RN;
- Fita métrica;
- Termômetro;
- Compressas limpas para recepção do neonato;
- Base rígida para reanimação;
- Oxímetro adulto e neonatal;
- Garrote;
- Álcool a 70%;
- Catéteres de punção venosa;
- Equipos para soro;
- Esparadrapo;
- Sonda Foley, sonda de alívio;
- Preservativo sem lubrificante;
- Reagente ABO RH;
- Declaração de Nascido Vivo (DNV);
- Prontuário de atendimento;
- Receituário;
- Caderneta da Criança.

7.6 Lista de medicamentos

- Anestésico local;
- Ringer lactato;

- Soro fisiológico;
- Água destilada;
- Ocitocina ampola injetável;
- Ergometrina ampola injetável;
- Ácido tranexâmico
- Transamin;
- Adrenalina;
- Terbutalina;
- Misoprostol ¹;
- Vitamina K injetável.

Importante salientar que todas as medicações, bem como condutas estabelecidas deverão ser baseadas nas evidências científicas atualizadas, sobretudo frentes ao atendimento de urgências e emergências que podem vir a ocorrer com a pessoa em trabalho de parto e parto e/ou com o neonato⁸⁴.

Considerando a Resolução Cofen nº 564/2017³⁵, que versa sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, existe uma prerrogativa descrito na página 01 de que é “vedado ao profissional de Enfermagem o cumprimento de prescrição à distância, exceto em casos de urgência e emergência e regulação”. Nesse sentido, no que tange a já rotineira administração de drogas em situações de urgências, a exemplo no atendimento à HPP, pode-se considerar a atuação das enfermeiras respaldadas por protocolos hospitalares pré-estabelecidos e evidências científicas atuais. Assim sendo, para a aquisição de drogas e medicamentos para uso em emergências em domicílio, atualmente exclusivos em instituições hospitalares, compete esforços jurídicos, bem como do conselho profissional para garantir a sua viabilidade.

Importante: A DNV é disponibilizada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, junto à coordenação de Vigilância à Saúde³⁹. Para tanto, os profissionais devidamente capacitados para o atendimento de PDP (ver seção 4.1) devem buscar o órgão municipal competente para realização de cadastro prévio a fim de recebimento da DNV. Recomenda-se a leitura do

¹ Em agosto de 2025 foi publicado pelo COFEN, a Resolução nº786 que exclui do anexo II da Resolução Cofen nº737 de 2024, a medicação de urgência denominada misoprostol.

documento “Manual de instrução para o preenchimento da DNV”, disponível na plataforma do Ministério da Saúde³⁹.

8 ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO

A assistência à pessoa no período puerperal deve ser assegurada pelas profissionais da equipe durante um período mínimo de oito dias. Diante das particularidades desse momento, o acompanhamento deve compreender ações específicas a serem descritas nesta seção.

8.1 Periodicidade das consultas puerperais

Quanto à periodicidade das consultas subsequentes para essa assistência, sugere-se que o atendimento das parteiras se dê nas primeiras 24 horas e, posteriormente, no prazo de até oito dias. No que tange o acompanhamento do RN, aponta-se para a necessidade de, ao menos, duas avaliações pediátricas, sendo uma dentro das primeiras 48h de vida e a segunda em até oito dias do nascimento. Vale salientar que as avaliações da pediatria não eximem o olhar atento das parteiras para o RN até a alta da família, que deve acontecer, salvo condições adversas, em torno de 10 dias pós-parto.

Cabe às parteiras, durante essa assistência, contemplar algumas condutas, conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 10: Competências e habilidades das profissionais na assistência puerperal.

| Ação | Descrição |
|--|--|
| Aferição de sinais vitais da pessoa puérpera | Verificar pressão arterial, temperatura axilar, frequência cardíaca e respiratória. |
| Avaliação obstétrica | Palpar o globo de segurança de Pinard e avaliar a sua involução. Observar aspecto e quantidade da loquiação. Examinar períneo e canal vaginal em caso de ter sido realizada sutura. |

| | |
|--|--|
| <p>Apoio à amamentação</p> | <p>Examinar as mamas quanto à presença de colostro, avaliar a pega e investigar a apoiadura.</p> <p>No caso de dificuldades durante este período, é importante que as profissionais realizem o acolhimento e deem orientações imediatas, reforçando a possibilidade de articular uma rede de apoio e buscar acompanhamento profissional específico (consultoria em aleitamento materno).</p> |
| <p>Atenção ao recém-nascido</p> | <p>Realizar exame físico para avaliar os parâmetros de desenvolvimento, padrão de eliminações, cuidados com o coto umbilical e sinais icterícia.</p> <p>Orientar quanto aos cuidados com o RN, envolvendo os acompanhantes nas ações educativas e priorizando o enfoque na humanização.</p> <p>Realização do teste do coraçãozinho* e encaminhamento para os demais (teste da orelhinha, teste do olhinho, teste da linguinha).</p> <p>Encaminhamento para a continuidade da assistência com o ACD ou a pediatria, com profissional da livre escolha da família.</p> |
| <p>Acolhimento de demandas emocionais</p> | <p>Escutar a pessoa no período puerperal de forma acolhedora. Reforçar a importância da rede de apoio.</p> <p>Atentar-se aos sinais de alterações psíquicas que demandem atendimento especializado.</p> |
| <p>Orientações quanto à saúde sexual e reprodutiva</p> | <p>Reforçar as especificidades das relações sexuais nesse período, sendo desaconselhada a penetração durante o período de sangramento, mesmo com uso de preservativo.</p> <p>Informar sobre a labilidade da libido durante o período puerperal. Apresentar métodos contraceptivos e auxiliar a pessoa na escolha. Aconselhar seguimento do acompanhamento no serviço de ginecologia.</p> |

Fonte: Elaboração das próprias autoras baseado baseada nas Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022)⁸²

*Teste de oximetria de pulso/ Teste do coraçãozinho deve ser realizado preferencialmente entre 24h e 48h de vida conforme Anexo 07.

Em situações de incompatibilidade de Rh entre gestante e feto, a pessoa puérpera deve ser orientada quanto à necessidade de realização de profilaxia com imunoglobulina anti-Rh. Tal condição deverá ter sido discutida previamente em consulta de pré-natal, de modo a construir a exequibilidade diante a demanda da administração da imunoglobulina.

Assim como todas as etapas anteriores, o acompanhamento puerperal deve ser pré-natal em prontuário específico e elaborado para esse fim, de maneira a somar o histórico completo da assistência ao PDP da família. Recomenda-se que as anotações referentes ao recém-nascido sejam descritas também na Caderneta da Criança, distribuída pelo MS, a mesma pode ser providenciada pela família ou equipe, entretanto, se este for inviável, sugere-se que as profissionais disponibilizem um relatório contemplando os dados discriminados na citada caderneta^{85,86}.

8.2 Recursos materiais para assistência ao puerpério

- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Termômetro;
- Estetoscópio adulto e infantil;
- Esfigmomanômetro;
- Gazes estéreis;
- Balança adulto e neonatal;
- Prontuário de atendimento;
- Receituário;
- Oxímetro adulto e neonatal;
- Caderneta da Criança.

Importante: Caso a equipe não possua a totalidade dos materiais e insumos aqui descritos, para a assistência ao PDP, o atendimento precisa ser imediatamente suspenso até a composição adequada ou substituição dos mesmos. Essa medida visa garantir a segurança da assistência, reforçando o compromisso com as boas práticas em saúde, baseadas em evidências, além de estar alinhado aos limites éticos e legais para a atuação profissional.

9 CONDUTAS NAS SITUAÇÕES ADVERSAS

No decorrer da assistência ao trabalho de parto, parto e no pós-parto imediato é fundamental que a equipe esteja atenta a sinais e sintomas que podem alertar para condições de agravamento peri e pós-natal. É importante destacar que são inúmeras as condições de emergências obstétricas e neonatais que podem se apresentar, necessitando ou não de transferência, porém algumas requerem destaque em virtude da maior possibilidade de recorrência e/ou gravidade, sendo estas descritas detalhadamente nesta seção.

9.1 Parada de progressão do TP

Os critérios estabelecidos para uma progressão normal de TP em mulheres de baixo risco ainda são controversos, pois os padrões de dilatação cervical para essa população não são lineares. Estudos recentes apontam que existe uma variação na dilatação cervical conforme período do TP, sendo mais demorada na fase inicial e mais rápida no TP ativo do que se acreditava⁸⁷. Atualmente, conforme direcionamento recomendação da OMS e da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto, no qual espera-se a dilatação cervical em torno de 5-6 cm, a evolução pode ser de 0,5 cm/h^{79,88}.

Em caso de suspeita de qualquer distocia intraparto, é fundamental compreender como está se apresentando o feto intra-útero, seja através da mudança do foco de ausculta fetal durante o TP, ou do exame de toque vaginal. Além disso, deve-se considerar a dinâmica das contrações uterinas e o posicionamento materno durante o TP, bem como a paridade e o estado emocional da parturiente. Tais achados compreendem elementos importantes para definir recursos assistenciais que possibilitam auxiliar na progressão fisiológica do TP⁸⁷.

Nesse sentido, o emprego de técnicas que previnem ou mesmo resolvem uma parada de progressão, como *Spinning Babies*, uso do *Rebozo*, e demais Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) já encontram-se descritas enquanto benéficas para o favorecimento da rotação e descida do feto^{89,90}. No que tange a atuação em PDP, as PICS correspondem a abordagens terapêuticas tradicionais e humanizadas com a finalidade de contribuir com a assistência ao TP e parto^{91,92}. Entretanto, por tratar-se de habilidades com conhecimentos específicos, recomenda-se que o seu emprego se dê por profissional com habilitação para o uso de cada prática.

Quadro 11: Tomada de decisão frente a Parada de Progressão do TP.

| | |
|-----------------|--|
| Conceito | É um diagnóstico clínico feito diante da lenta dilatação do colo do útero ou da descida fetal durante o primeiro ou segundo estágio do trabalho de parto. |
| Ação | <p>Primeiro estágio do TP: Essa avaliação possui um caráter subjetivo, devendo a profissional considerar elementos psiconeuroendócrinos da parturiente além dos dados da evolução do trabalho de parto, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> -A progressão da dilatação em 4 horas; -A progressão da descida e rotação do pólo cefálico; -Alteração do padrão da dinâmica das contrações uterinas (intensidade, duração e frequência). <p>Frente ao diagnóstico de parada de progressão, não está indicado amniotomia nem uso de ocitocina em domicílio. Os mesmos podem agregar risco ao evento, portanto, indica-se a transferência.</p> <p>Segundo estágio do TP: Frente a dilatação completa do colo do útero é necessário avaliar a progressão através da identificação do plano de apresentação do pólo cefálico na pelve materna. Ainda leva-se em consideração a temporalidade do segundo período do TP, sendo 3h para nulíparas e 2h para multíparas.</p> |

| | |
|--|--|
| Conduta durante a transferência | Primeiro e segundo estágio do TP: seguir fluxograma de transferência materna intraparto (ver fluxograma de transferência materna intraparto seção 11.3). |
|--|--|

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025^{87,93,94,95}

* Ressalta-se que 5% das mulheres têm período expulsivo superior a 2 ou 3h, portanto, essa avaliação também possui um caráter subjetivo, devendo a profissional permanecer ao lado da parturiente integralmente e monitorar os BCF através da ausculta a cada 5 min, com duração de 1 min de preferência antes, durante e após a contração, para avaliar a vitalidade fetal à contração⁹⁶.

Importante: Frente às situações em que haja suspeita de parada de progressão, recomenda-se atenção para: favorecimento de ambiência acolhedora e agradável, reforço positivo para o protagonismo e encorajamento da parturiente e estímulo da participação da parceria.

9.2 Frequência cardíaca fetal (FCF) não tranquilizadora

Considera-se normal uma FCF basal entre 110 e 160 bpm intraparto, independentemente da idade gestacional. No decorrer do TP é fundamental que a equipe realize monitoramento dos batimentos cardíofetais com intervalos que variam de acordo com a fase.

Quadro 12: Tomada de decisão frente a Frequência cardíaca fetal (FCF) não tranquilizadora.

| | |
|-----------------|---|
| Conceito | - FCF < 110 ou > 160 bpm; - Desacelerações da FCF à ausculta intermitente. |
| Ação | - Considerar alimentação e hidratação da parturiente; - Iniciar manobras de reanimação intraútero: <ul style="list-style-type: none"> • Mudança de posição e reavaliação após a próxima contração; • Administração de oxigenoterapia. Caso as manobras não apresentem resolutividade, a equipe deverá iniciar procedimento de transferência. |

| | |
|--|---|
| Conduta durante a transferência | Parturiente deve ser transferida em uso de oxigênio inalatório. |
|--|---|

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025^{97,98}

9.3 Pico hipertensivo durante o processo de trabalho de parto

Gestantes previamente diagnosticadas com alteração de pressão arterial estão inelegíveis para o PDP. Portanto, a situação adversa abaixo descrita reflete a condição excepcional de uma alteração dos níveis pressóricos durante o atendimento ao TP, que orientam para a transferência imediata.

Quadro 13: Tomada de decisão frente ao aparecimento de Pico hipertensivo durante o TP-

| | |
|--|--|
| Conceito | Varição da PA: PAS \geq 160mmHg OU PAD \geq 110 mmHg em uma única medida; PAS \geq 140 mmHg OU PAD \geq 90 mmHg em duas medidas com 30 min. de intervalo. |
| Ação | Avaliar a pressão arterial por duas vezes, em um intervalo de 30 minutos. Diante da manutenção da alteração, deve-se indicar a transferência para ambiente hospitalar. |
| Conduta durante a transferência | Realizar transferência imediata da parturiente. |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025⁹⁹

9.4 Distócia de ombro

A distocia de ombro é considerada um evento imprevisível. Ainda que, em torno de 50% dos casos ocorram em fetos com peso normal, existe uma associação dessa intercorrência com o peso fetal¹⁰⁰.

Quadro 14: Tomada de decisão frente a Distocia de Ombro.

| | |
|-----------------|---|
| Conceito | Emergência obstétrica que ocorre quando o ombro anterior do feto fica impactado atrás da sínfise púbica materna ou do ombro |
|-----------------|---|

| | |
|--|--|
| | <p>posterior no promontório sacral materno. Definida a partir da demanda por manobras adicionais para o desprendimento dos ombros ou quando o intervalo é maior do que 60 seg entre a saída da cabeça e a saída do corpo.</p> <p>Pode-se usar estrategicamente a observação auxiliar do <i> sinal da tartaruga </i> (Figura 05), caracterizado pela retração do pólo cefálico contra o períneo após a rotação externa.</p> |
| Ação | <p>Diagnosticar e realizar manobras efetivas, para o desprendimento do feto em até 7 min do momento da identificação da distocia (ver mnemônicos abaixo, quadros 15 e 16).</p> <p>Sinalizar para a necessidade de transferência imediata caso as manobras sejam inefetivas.</p> <p>Comunicar a prontidão ao motorista predefinido para a situação de transferência.</p> |
| Conduta durante a transferência | <p>Promover a transferência;</p> <p>Atenção ao preenchimento do formulário de transferência: descrever o lado do ombro impactado (direito ou esquerdo), a sequência de manobras realizadas e o tempo empregado em cada manobra.</p> |

Fontes: Dados da Pesquisa, 2025¹⁰⁰⁻¹⁰⁴.

Figura 05: Sinal de tartaruga.



Fonte: Portal de Boas Práticas Fiocruz⁹⁶.

Quadro 15: Algoritmo ALEERTA da ALSO⁸⁴ Brasil*.

| | |
|------------------------|---|
| A (Ajuda) | - Chamar ajuda; - Avisar a parturiente; - Anestesista e neonatologista a postos. |
| L (Levantar) | - Levantar os membros inferiores realizando hiperflexão das coxas, conforme manobra de McRoberts. |
| E (Externa) | - Pressão suprapúbica externa, seguindo Manobra de Rubin I. |
| E (Episiotomia) | - Considerar episiotomia. |
| R (Remover) | - Remover o braço posterior. |
| T (Toque) | - Realizar toque para manobras internas, como Manobra de Rubin II, Manobra de Wood e Manobra do parafuso invertido. |
| A (Alterar) | - Alterar a posição para quatro apoios, de maneira a viabilizar a realização da Manobra de Gaskin. |

Fonte: Adaptado de Gobbo B; Baxley E (2000)¹⁰⁵

Nota: *Advanced Life Support in Obstetrics – Brasil

Quadro 16 - Algoritmo A SAÍDA.

| | |
|----------|--|
| A | Avisar à parturiente; Chamar Ajuda; Anestesista a postos; Aumentar o Agachamento (McRoberts modificada). |
| S | Pressão Suprapúbica |
| A | Alterar a posição (quatro apoios) |
| I | Manobras Internas: Manobra de Rubin II Manobra de Wood Manobra do parafuso invertido |
| D | Desprender o ombro posterior |
| A | Avaliar manobras de resgate |

Fonte: Amorim MMM *et al.* (2013)¹⁰⁰.

Importante: Não há evidências de sobreposição entre os protocolos para solução da distócia de ombro, de modo que a recomendação é iniciar pelas técnicas menos invasivas, lançando mão de manobras internas e de resgate apenas caso não haja resolubilidade¹⁰⁶.

9.5 Prolapso de cordão

Diante dessa emergência obstétrica, o nascimento deve acontecer urgentemente, pois a complicação é a asfixia fetal que pode levar à morte. A asfixia é causada pela compressão mecânica do cordão entre a parte de apresentação e a pelve óssea, por espasmo dos vasos do cordão umbilical frente a exposição ao ar ambiente e/ou manipulação. O reconhecimento imediato e a ação adequada são essenciais para melhorar os resultados.

Considerada uma indicação absoluta de cesárea, o prolapso de cordão é uma situação de emergência obstétrica rara, varia em torno de 0,1 a 0,6% nas apresentações cefálicas¹⁰⁷.

Quadro 17: Tomada de decisão frente ao prolapso de cordão.

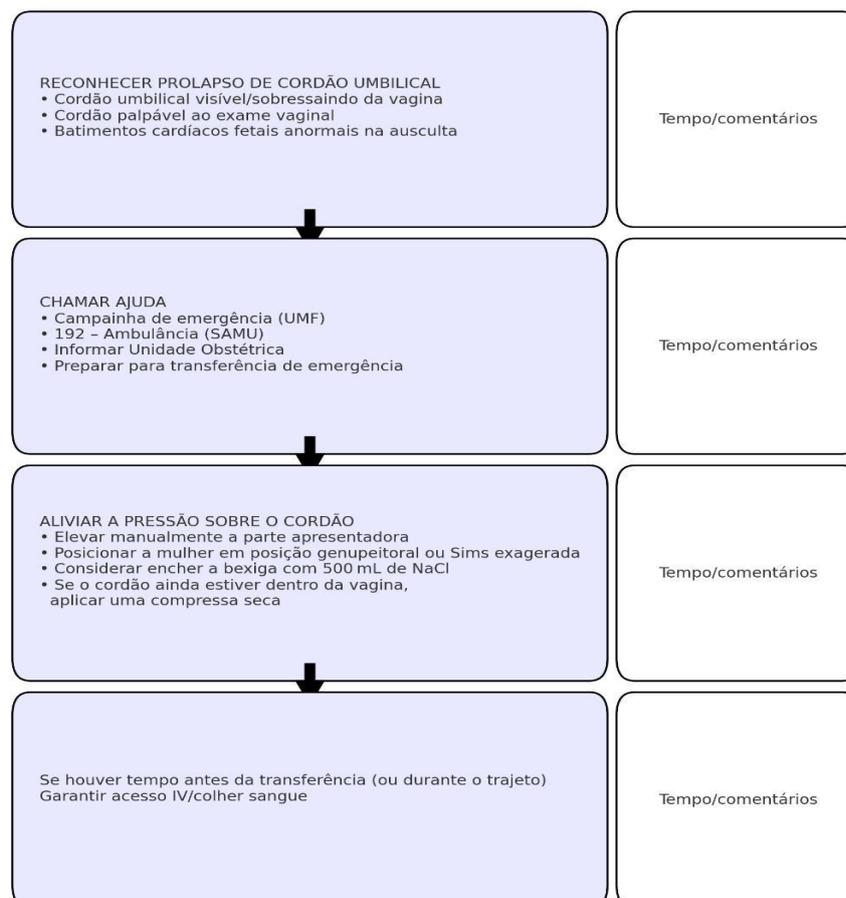
| | |
|-----------------|--|
| Conceito | Caracteriza-se pela presença do cordão umbilical passando pelo lado do colo do útero (oculto) ou projetando-se em frente da apresentação (evidente), diante da bolsa rota. |
| Ação | <ul style="list-style-type: none">- Frente à suspeita de um prolapso de cordão (sobretudo diante um padrão anormal da FCF após ruptura da membrana) deve-se averiguar através do exame especular e/ou toque vaginal.- À confirmação: indicar transferência imediata com a parturiente em posição genupeitoral e em seguida sustentar a descida da apresentação com a inserção da mão no canal de nascimento.- Mesmo que o parto pareça iminente, a organização para transferência imediata após o nascimento deve acontecer. Portanto, o acionamento da ambulância torna-se obrigatório.- Pedir ajuda para:<ul style="list-style-type: none">- Comunicar à unidade hospitalar de referência;- Organizar a agilidade do transporte. |

| | |
|--|--|
| Conduta durante a transferência | <p>A transferência deve ser imediata assegurando a permanência da posição mencionada durante todo o percurso, bem como a sustentação do cordão.</p> <p>Deve-se entregar o formulário específico de prolapso de cordão em momento oportuno com as especificidades cabíveis (Ver Fluxograma 02 Manjo de prolapso de cordão e Formulário de transferência).</p> |
|--|--|

Fontes: Dados da Pesquisa, 2025¹⁰⁷

Fluxograma 02: Manejo em situação de prolapso de cordão e formulário de transferência (versão traduzida).

Algoritmo Comunitário para Manejo do Prolapso de Cordão Umbilical



Fontes: Dados da Pesquisa, 2025¹⁰⁷.

9.6 Hemorragia pós-parto (HPP)

A “hora de ouro” compreende o período imediatamente após início da hemorragia, momento crucial para a identificação correta e manejo da HPP¹⁰⁸. Portanto essa situação requer agilidade de uma equipe bem treinada e materiais e medicamentos organizados de maneira a favorecer essa ação.

Quadro 18: Tomada de decisão frente a uma HPP.

| | |
|-----------------|---|
| Conceito | Perda sanguínea, dentro das primeiras 24 horas, superior a 500ml e/ou instabilidade hemodinâmica. |
| Ação | <p>- Pedir ajuda para:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comunicar à unidade hospitalar de referência;• Organizar a agilidade do transporte. <p>Buscar a estabilização ainda no domicílio, iniciando o atendimento de acordo com sequência abaixo:</p> <p>-Executar uma compressão uterina bimanual- manobra de Hamilton (ver figura 06)</p> <p>-Puncionar 2 acessos venosos periféricos calibrosos (nº 16 ou 18),</p> <p>-Monitorizar a puérpera;</p> <p>- Manter a mulher em trendelenburg;</p> <p>- Oferecer oxigenoterapia em máscara facial (8l/min)</p> <p>- Realizar esvaziamento da bexiga;</p> <p>- Evitar a hipotermia</p> <p>- Mensurar a gravidade da perda volêmica através de aspectos clínicos (PA, FC, FR, SatO², consciência, sangramento, diurese e temperatura) e calcular o IC, se $\geq 0,9$ = indicar transferência</p> <p>- Diante da identificação das causas de hemorragia pós-parto, conforme mnemônico dos 4-T's prevista em manual da Organização Pan-Americana de Saúde¹¹⁰ (ver figura 07).</p> <p>- Sinalizar para a necessidade de transferência imediata caso as manobras sejam inefetivas.</p> |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Em seguida, deve-se avaliar a necessidade de acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Corpo de Bombeiros Militar para a transferência para unidade Hospitalar. Comunicar a prontidão ao motorista predefinido para a situação de transferência. - É importante ressaltar que em situações de lacerações de terceiro ou quarto grau, bem como placenta retida ou placenta acreta, também deve-se providenciar a referida transferência. |
| <p>Conduta durante a transferência</p> | <ul style="list-style-type: none"> - A transferência deve acontecer com a puérpera, preferencialmente, em estado hemodinâmico estável e monitorizada. |

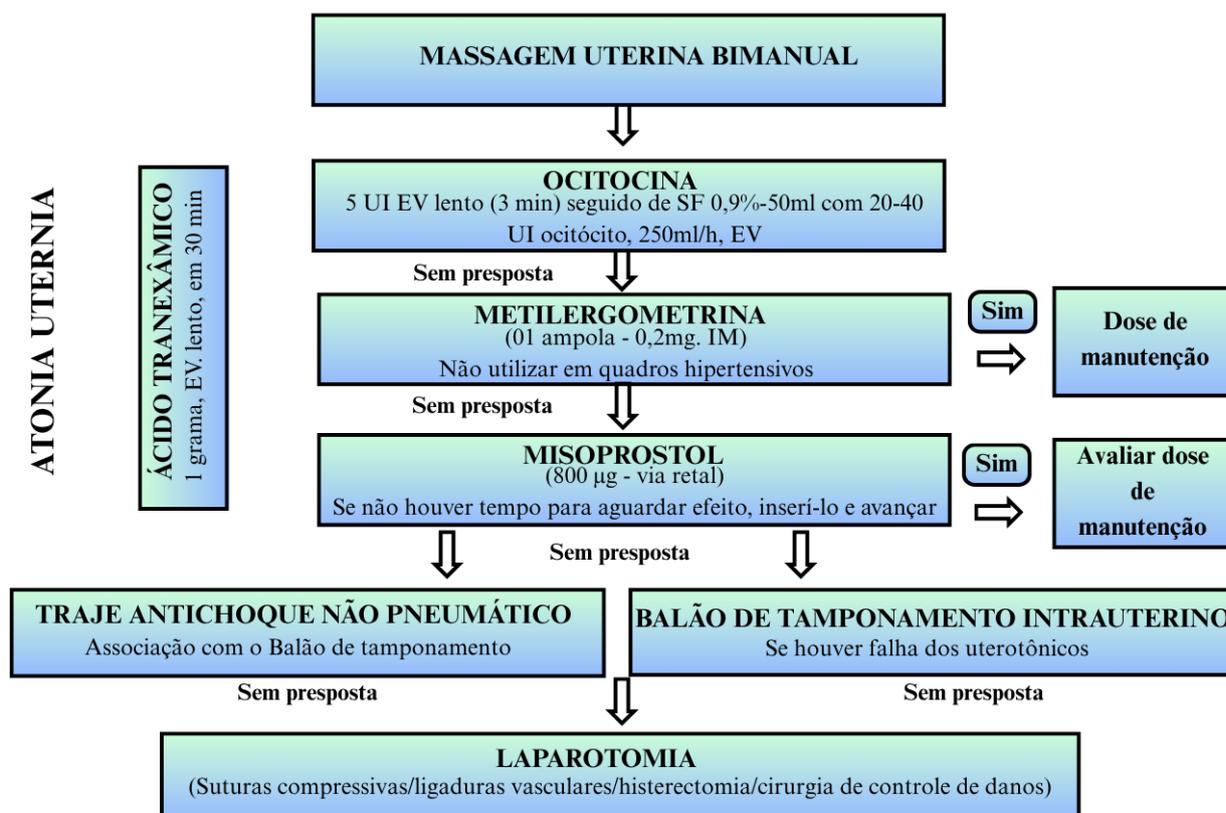
Fonte: Dados da Pesquisa, 2025^{109,110}.

Figura 06: Compressão uterina bimanual.



Fonte: Extraído de: OPAS (2018)¹¹⁰.

Figura 07: Fluxograma com sequência de condutas a serem adotadas pelas profissionais em caso da atonia uterina.



Fonte: Adaptação de: OPAS (2018)¹¹⁰.

Nota: *Organização Pan-Americana de Saúde.

Vale referir que, em estudo multicêntrico internacional quantitativo, cujo público foi de mais de 200.000 mulheres apontou o uso do “drape” - dispositivo de baixo custo que visa medir a perda de sangue - bem como a aplicação de tratamentos assegurados pela OMS, como: uterotônicos, fluidos intravenosos cristaloides isotônicos, massagem uterina e ácido tranexâmico, concomitantemente resultou em melhores desfechos com relação ao uso sequencial desses recursos. Essa abordagem, baseada no estudo E-MOTIVE (Quadro 19) engloba a detecção precoce e com precisão do HPP através desse recipiente atrelado ao tratamento imediato que inclui massagem uterina, uso de uterotônicos, administração de fluidos, exame do trato genital e escalonamento para cuidados avançados⁹⁶.

Quadro 19: Mnemônico E-MOTIVE.

| E | M | O | T | IV | E |
|-------------------------|------------------|-------------------|-----------|------------|--|
| Detecção Precoce da HPP | Massagem Uterina | Drogas Ocitólicas | Transamin | Fluidos IV | Exame do trato genital + Escalonamento |

Fonte: Elaboração das próprias autoras.

9.7 Necessidade de reanimação neonatal (RNN)

Estima-se que em torno de 85% dos RNs irão respirar naturalmente nos primeiros 30 segundos após o nascimento, sobre os demais, 10% necessitarão apenas de estímulo tátil, 3% demandam de ventilação com máscara, 2% precisam de intubação e apenas 0,1% irão precisar de massagem cardíaca ou drogas¹¹¹.

Com o objetivo de garantir o suporte básico de vida, a RNN demanda agilidade e precisão para as tomadas de decisão. Para tanto, destaca-se a importância de disponibilidade do material necessário para a RNN, em local de fácil acesso, previamente testado antes do nascimento e profissionais capacitados para desenvolver a técnica.

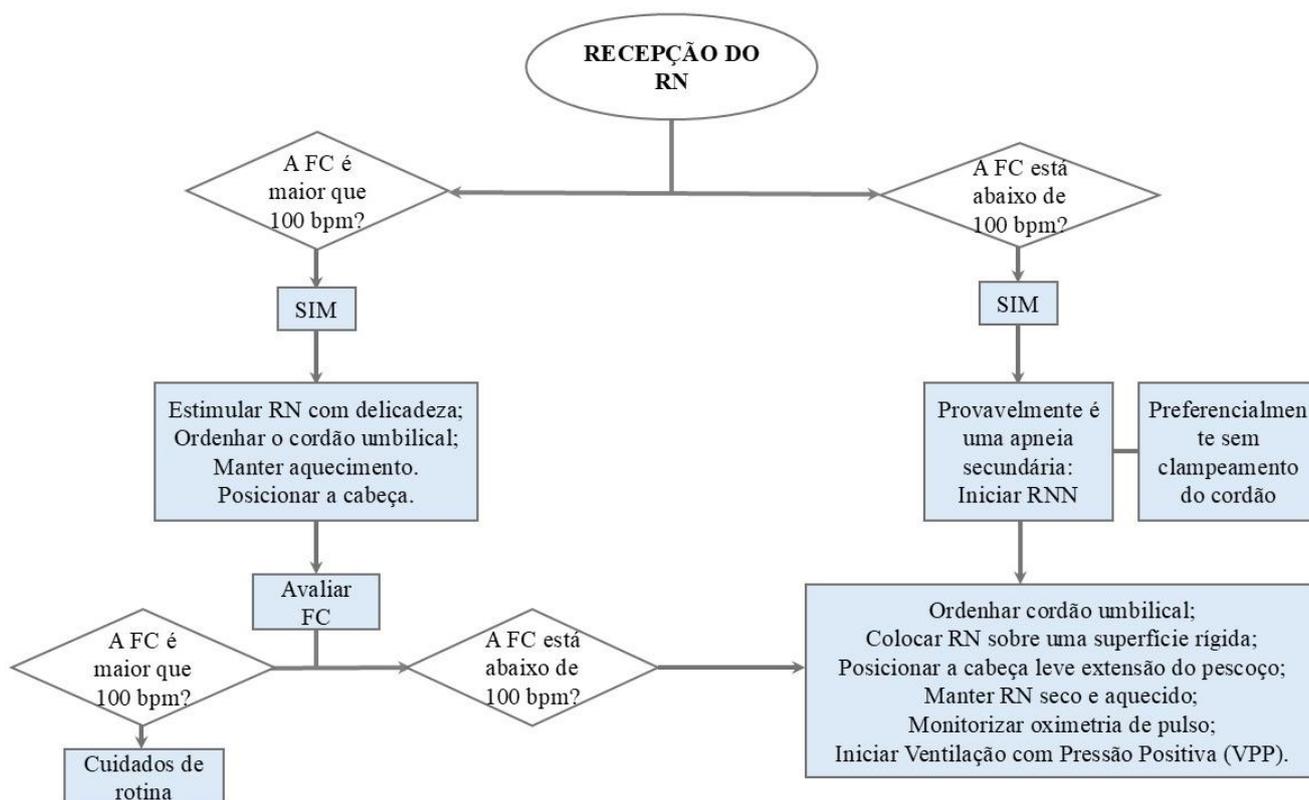
Quadro 20: Tomada de decisão frente a Reanimação Neonatal.

| | |
|--|---|
| Conceito | Identificação de alterações nos parâmetros de vitalidade no neonato, a saber: frequência respiratória, frequência cardíaca e tônus muscular. |
| Ação | A identificação e o início da RNN deve ser realizado prontamente pela dupla de profissionais na assistência, e seguir fluxogramas identificados estabelecidos, sendo eles: - Fluxograma: Recepção do RN - Fluxograma de RNN |
| Conduta durante a transferência | A transferência deve ser realizada com RN monitorizado e deve ser considerada a instalação de oxigênio. |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025¹¹¹

Com material a postos, e execução das manobras dividida entre a dupla de profissionais da assistência obstétrica, após a identificação da necessidade de reanimação, deve-se colocar o RN em superfície rígida, mantendo, se possível, o cordão ligado, aquecer, manter a cabeça em leve extensão, avaliar necessidade de aspirar boca e narinas e secar⁸³. Deve-se considerar ordenha de cordão umbilical, conforme evidências científicas recentes, ainda que não incorporado em manuais de reanimação neonatal disponíveis^{112,113}.

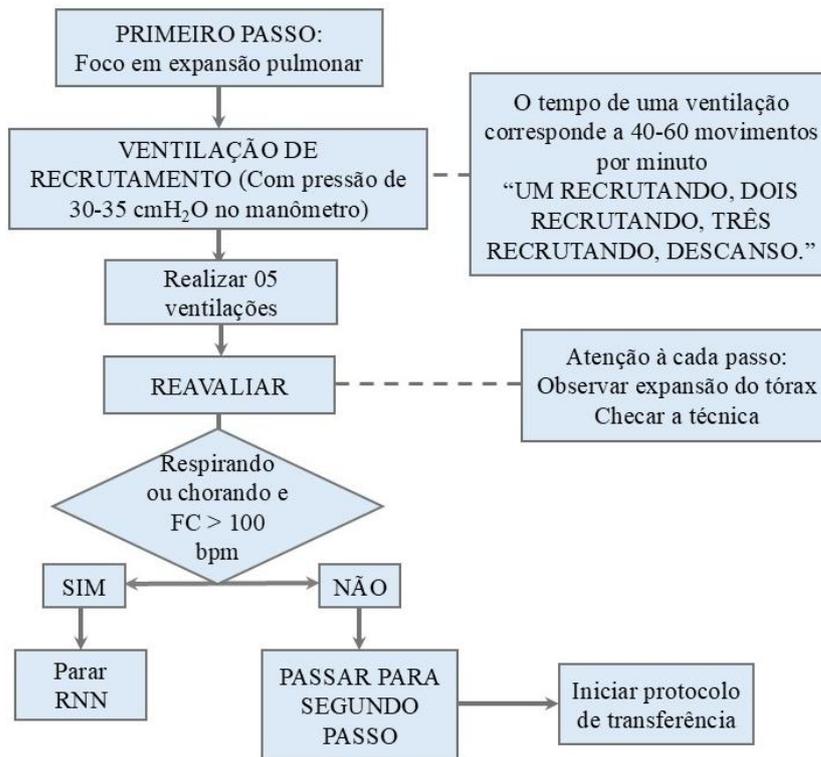
Fluxograma 03: Recepção do RN.



Fonte: Elaboração das próprias autoras.

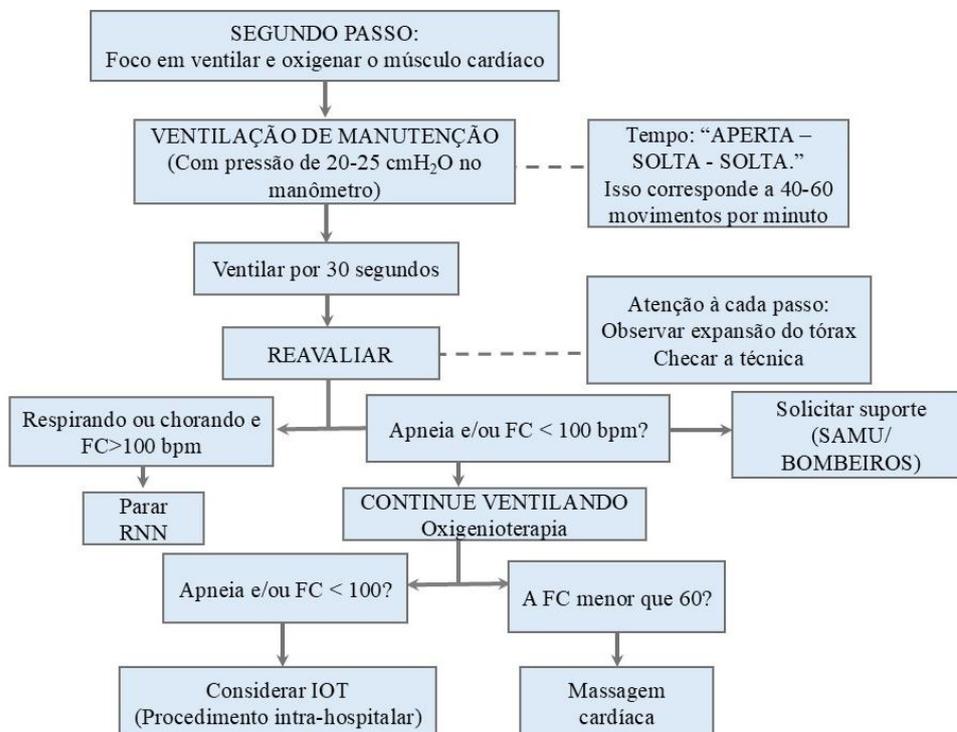
Após avaliação da FC e respiração (movimentos torácicos e presença de choro), será definida a conduta de estabilização/reanimação a ser adotada pelas profissionais. Se constatada $FR < 100$ bpm ou RN não apresentar regularidade na respiração, deve-se realizar a ventilação de recrutamento. Se não for observada melhora na reavaliação, é necessário acionar o serviço de remoção, dar início à ventilação de manutenção e, se frequência cardíaca abaixo de 60 bpm, realizar compressões cardíacas^{114,115}.

Fluxograma 04: Fluxograma de Reanimação Neonatal- Passo 1: Ventilação de recrutamento



Fonte: Elaboração das próprias autoras.

Fluxograma 05: Fluxograma de Reanimação Neonatal- Passo 2: Ventilação de manutenção



Fonte: Elaboração das próprias autoras.

Os parâmetros de vitalidade neonatal devem ser orientados conforme quadro abaixo:

Quadro 21: Valores de saturação pré-ductais.

| Minutos de vida | SatO ₂ pré-ductal |
|-----------------|------------------------------|
| Até 5 | 70-80% |
| 5-10 | 80-90% |
| >10 | 85-95% |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025⁸³.

10 SITUAÇÕES ADVERSAS QUE DETERMINAM A TRANSFERÊNCIA NO PDP

Quadro 22: Critérios de urgência e emergência que determinam a transferência intraparto no PDP.

| Critérios observados para indicar a transferência intraparto |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão e pélvico;- Situação transversa ou oblíqua;- Elevação da PA (PAS \geq 160mmHg OU PAD \geq 110 mmHg em uma única medida; PAS \geq 140 mmHg OU PAD \geq 90 mmHg em duas medidas com 30 min. de intervalo, ou frente a sinais de gravidade);- Hipertermia;- Taquicardia materna sustentada por duas verificações em intervalos de 30 minutos;- Sangramento vaginal exacerbado (Sinal de descolamento prematuro de placenta);- Distensão de segmento uterino;- Taquissístolia uterina;- Fases de TP prolongadas sem mudanças após emprego de PICS ou frente a presença de alterações nos parâmetros materno ou fetal (ver seção 9.1);- Parada de progressão (ver seção 9.1);- Frequência cardíaca fetal não tranquilizadora ($<$ 110 ou $>$ 160 bpm) e desacelerações da FCF à ausculta intermitente;- Demais condições de emergências obstétricas (ver item 9). |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025^{40,79}.

Quadro 23: Critérios de urgência e emergência que determinam a transferência materna no pós-parto imediato.

| Critérios observados para indicar a transferência materna no pós-parto imediato |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Elevação da PA (PAS \geq 160mmhg OU PAD \geq 110 mmhg em uma única medida; PAS \geq 140 mmhg OU PAD \geq 90 mmhg em duas medidas com 30 min. de intervalo ou frente a sinais de gravidade);- Laceração de colo- Lacerações de 3º e 4º grau- Retenção placentária*- HPP de difícil controle (ver seção de HPP)- Demais alterações de parâmetros da vitalidade |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025^{40,79}.

* Considera-se retenção placentária após 30 minutos de manejo ativo ou 60 minutos de manejo fisiológico¹¹⁶.

Quadro 24: Critérios que determinam a transferência de RN no PDP.

| Critérios observados para indicar a transferência do RN |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Presença de líquido meconial significativamente espesso intraparto, com alteração dos parâmetros de vitalidade do RN;- Frequência cardíaca < 100 bpm ou > 160 bpm- Desconforto respiratório crescente e/ou persistente e/ou frequência respiratória > 60 ou < 30 irpm;- Saturação de oxigênio < 95%, conforme Quadro 21- Valores de saturação pré-ductais- Temperatura acima de 38°C, verificada duas vezes, em intervalos de 30 minutos;- Presença de cianose central;- Enchimento capilar acima de 3 segundos;- Índice de apgar de 1º minuto ≤ 7 e 5º minuto ≤ 7, que esteja instável;- Peso menor que 2500g;- Movimentos anormais ou convulsões;- Apnéia |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025^{40,79}.

Quadro 25: Critérios que determinam a transferência no puerpério, após o PDP

| Critérios observados para indicar a transferência puerperal | |
|---|--------------------------------------|
| Puérpera** | Recém-nascido |
| Elevação da PA (PAS ≥ 160 mmhg OU PAD ≥ 110 mmhg em uma única medida; PAS ≥ 140 mmhg OU PAD ≥ 90 mmhg em duas medidas com 30 min de intervalo ou frente a sinais de gravidade); | - Icterícia neonatal patológica* |
| Hipertermia | - Alterações dermatológicas extensas |

| | |
|--|--|
| | (pústulas e/ou vesículas) |
| Hemorragia pós-parto, controlada com medicamentos, com alterações de sinais vitais e/ou alterações hemodinâmicas | - Sinais de desidratação: baixo débito urinário, turgor cutâneo deficiente, depressão da fontanela, letargia e irritabilidade excessiva. |
| Hemorragia pós-parto tardia | - Letargia neonatal persistente |
| Outras situações de emergência obstétrica | - Alterações de temperatura |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025^{40,79,117}.

*A fototerapia domiciliar é uma possibilidade e encontra respaldo legal para sua utilização. Entretanto a condução deste tratamento deve estar prescrita por um profissional médico neonatologista ou pediatra capacitado¹⁰.

** Estes critérios consideram a puérpera nos primeiros 10 dias de pós-parto

A documentação necessária para a transferência, com dados acerca do trabalho de parto e nascimento, bem como a DNV devidamente preenchida pela(o) profissional de assistência ao PDP, devem ser entregues à equipe hospitalar assim que o binômio estiver acolhido no hospital para continuidade da assistência necessária.

11 PLANOS DE CONTINGÊNCIA E RESPONSABILIDADES

Na assistência ao PDP é possível vivenciar situações emergenciais que extrapolam os recursos disponíveis no ambiente domiciliar e demandam de um plano de contingência para que haja identificação precoce, rápida tomada de decisão e efetiva condução. Esse plano estruturado deve ser alinhado com a família ainda durante o pré-natal, considerando que a sua execução se dará de maneira compartilhada com a equipe, devendo ser firmada ciência das partes envolvidas através da leitura e assinatura do TCLE específico para o PDP (Anexo 01). É importante salientar que as equipes atuantes devem adaptar o planejamento levando em consideração as diversidades locais e as diferentes intercorrências maternas, fetais e neonatais.

As enfermeiras obstetras e obstetrizas atuantes no PDP encontram-se respaldadas pela Resolução nº 672/2021⁵ do COFEN, que versa sobre a sua responsabilidade técnica no que se refere à identificação, condução e encaminhamento de situações em que há mudança no padrão de assistência, tornando-as de alto risco⁵. Tais casos requerem a transferência para uma instituição pública ou privada (plano de saúde/particular), que conte com plantão de ginecologia/obstetrícia e neonatologia 24hs. Soma-se aos casos de urgência e emergência as situações de transferência a pedido, que podem vir a ser solicitada pela mulher durante a assistência.

Infortunadamente, no Brasil, inexistente uma rede estruturada no sistema público de saúde para fins de PDP, portanto a responsabilização frente à demanda de uma transferência, sobretudo intraparto, deve ser compartilhada entre a equipe, a gestante e seu(sua)(s) acompanhante(s). Vale salientar que, conforme a Constituição Federal, a garantia de acesso à saúde é um dever do Estado, nesse sentido, somando-se os princípios de respeito e autonomia da mulher, o direito de escolha acerca do local de parto e modelo de assistência deveria estar garantido através da universalidade prevista pelo SUS^{118,119}.

11.1 Responsabilidades nas situações de transferência em PDP

- Da gestante e seu(sua)(s) acompanhante(s)

- Estabelecer previamente a opção para a remoção, se pública ou privada, sendo esta última ambulância ou carro próprio;
- No caso de veículo próprio:

- Ter disponível um veículo, 24h por dia, em boas condições, ou seja, abastecido, com documentação regularizada e com espaço interno livre para uso;
 - Definir o/a motorista responsável pela condução da transferência, sendo, portanto, habilitado e com conhecimento dos trajetos;
- No caso de ambulância privada:
- Disponibilizar o contato prévio para a equipe da ambulância contratada, caso seja essa a escolha;
- No caso de serviço público (SAMU e Corpo de Bombeiros):
- O acionamento do serviço de urgência, embora seja uma responsabilidade da equipe de assistência, pode ser solicitado auxílio para um acompanhante realizar;

- Da equipe de PDP

- Dispor de materiais e equipamentos para transferência intraparto de parturiente ou RN em caso de veículo próprio designado pela família (Ver item 11.4).

- Acompanhar a parturiente e/ou neonato durante as transferências intraparto, prestando o suporte técnico e emocional até o momento que precede a admissão na instituição de destino (ver fluxograma 06).

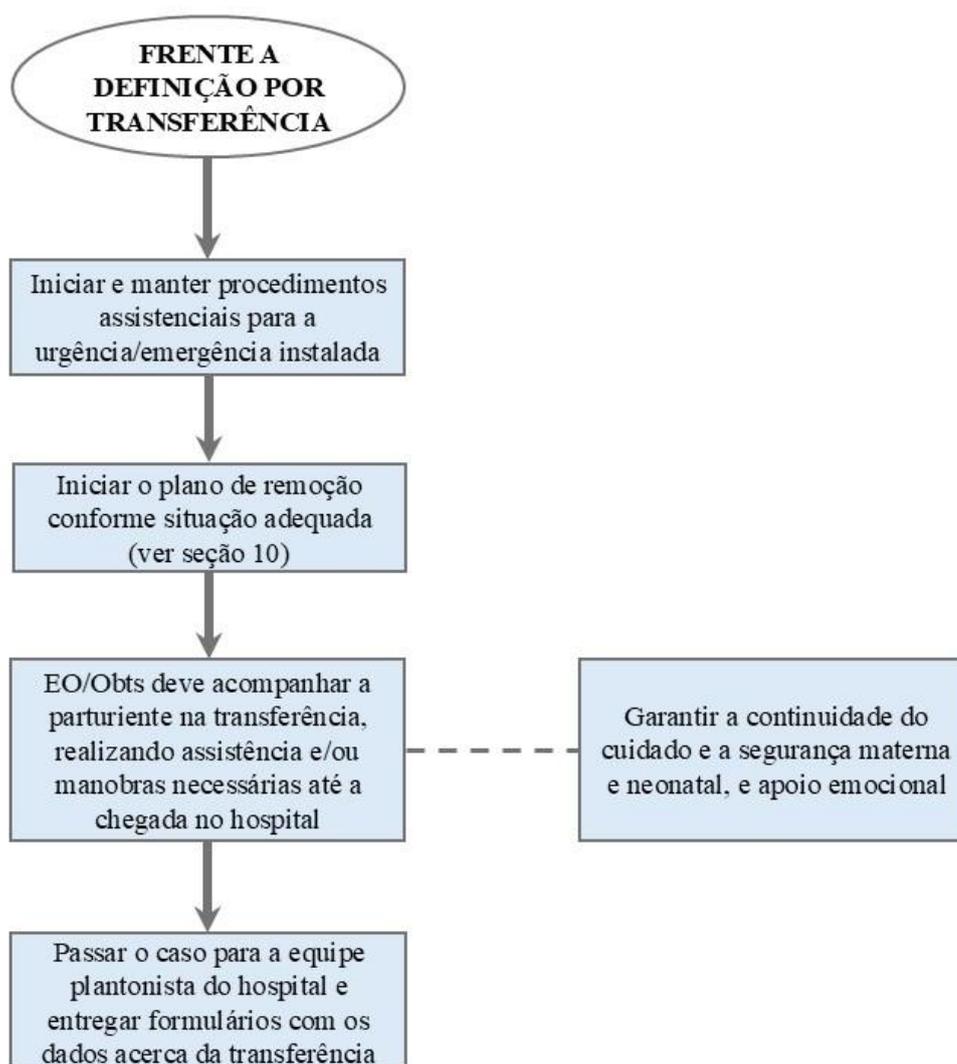
- Nas situações de remoção por serviço público, acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU) ou Corpo de Bombeiros, passando todas as informações acerca da demanda por transferência;

- Em caso de remoção em veículo particular, é vedada às profissionais da assistência a sua condução, considerando que estas devem estar disponíveis para o suporte técnico e emocional até o momento que precede a admissão da mulher na instituição de destino.

- Disponibilizar formulários relatando a circunstância da transferência. A evolução do parto e os motivos da transferência devem estar descritos detalhadamente em documento redigido em via dupla. Uma cópia desse documento deverá ser entregue à instituição e a outra ficará sob a posse da equipe. A assistência da equipe será retomada com o retorno dessa mulher ao domicílio, no que for de competência da enfermeira obstetra e/ou obstetrix (ver anexo de formulário).

Importante: Recomenda-se que ao menos uma das profissionais da assistência ao PDP esteja presente no transporte estabelecido para a transferência. A outra parteira torna-se responsável pelo preenchimento dos formulários e demais documentos necessários para a transferência.

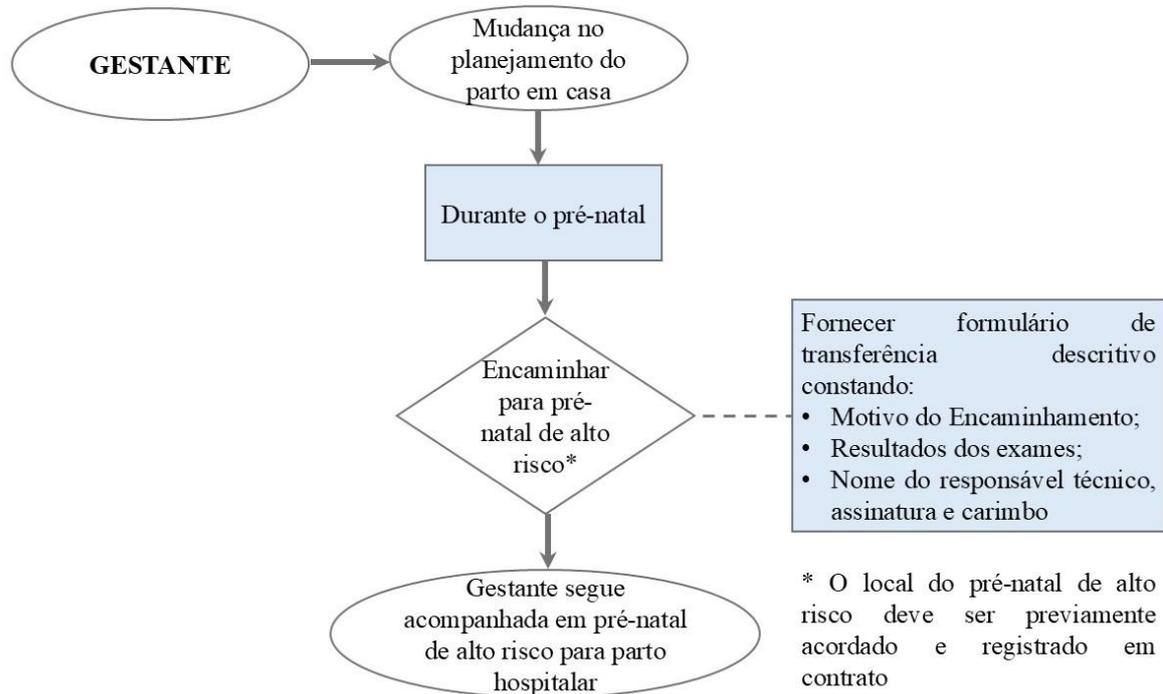
Fluxograma 06: Responsabilidade da equipe na transferência em PDP.



Fonte: Elaboração das próprias autoras.

11.2 Plano de transferência durante o período de pré-natal

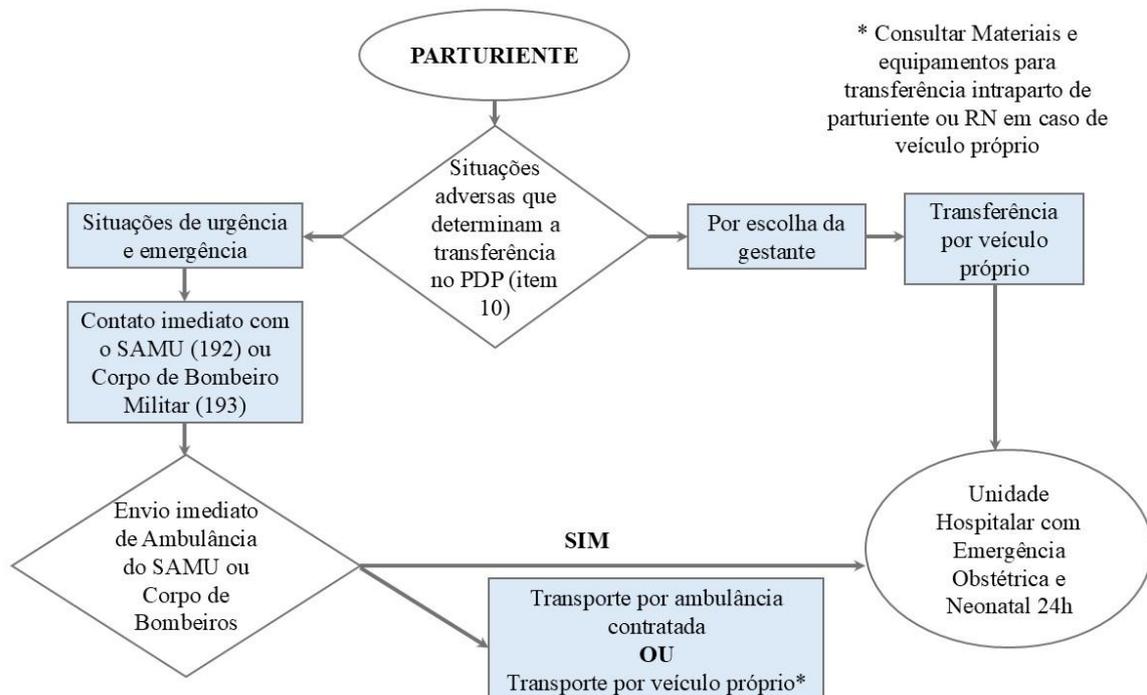
Fluxograma 07: Plano de Cuidados frente a inelegibilidade para um PDP durante o pré-natal.



Fonte: Elaboração das próprias autoras.

11.3 Plano de transferência intraparto

Fluxograma 08: Transferência da parturiente.



Fonte: Elaboração das próprias autoras.

11.4 Materiais e equipamentos para transferência intraparto de parturiente ou RN em caso de veículo próprio

- Formulário de transferência descritivo com dados da gestação, ou parto e nascimento;
- Documentos pessoais, exames e cartão de pré-natal da gestante;
- DNV preenchida (em caso de nascimento no domicílio);
- Equipamento para ventilação com pressão positiva (balão auto inflável com reservatório, manômetro e máscaras adulto e RN);
- Sonar doppler fetal;
- Estetoscópio;
- Oxímetro adulto e neonatal;
- Torpedo de Oxigênio;
- Compressas limpas para prover aquecimento ao neonato;
- Base rígida para reanimação.

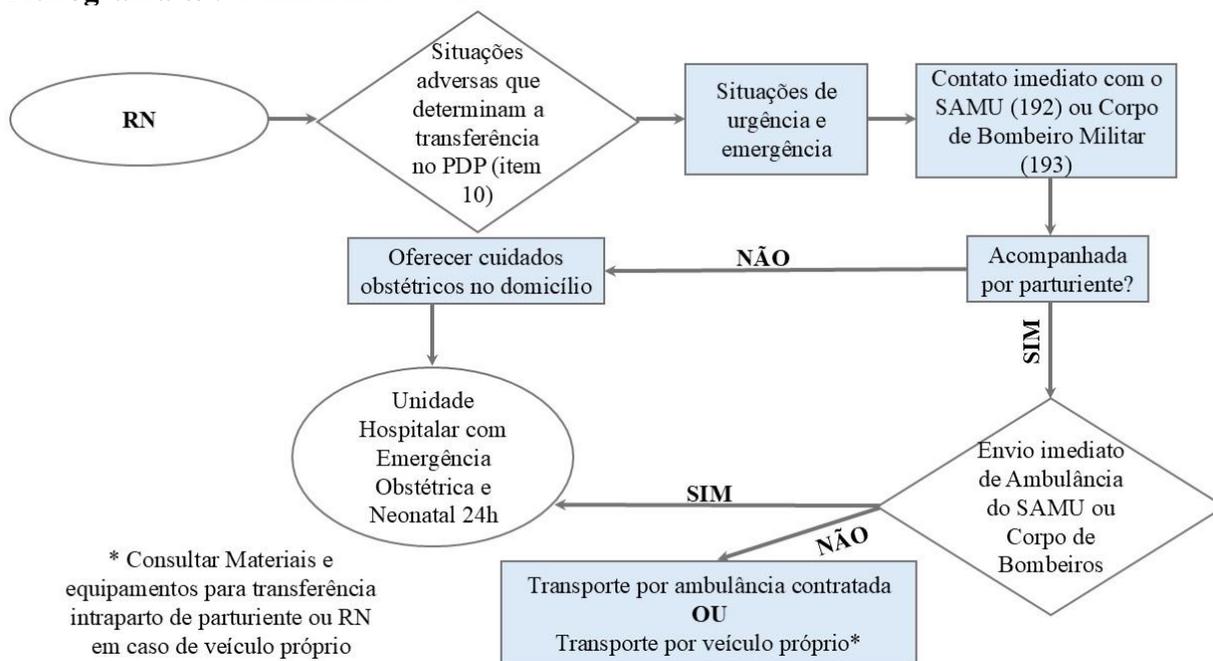
11.5 Plano de transferência no pós-parto

11.5.1 Quanto à parturiente/puérpera

O plano de contingência a ser adotado para a parturiente/puérpera, durante uma transferência no pós-parto segue o fluxograma 08 e deve ser adequado conforme a condição de urgência/emergência que se apresente (ver quadros 23 e 25). Além disso, é importante destacar que a equipe deve fortalecer a presença do neonato ao lado da parturiente sempre que possível. Dessa maneira, reforça-se a relevância de discutir, durante o pré-natal, acerca da construção de uma rede de apoio para prestar auxílio ao RN caso seja necessário durante uma transferência materna.

11.5.1 Quanto ao RN

Fluxograma 09: Transferência do RN.



Fonte: Elaboração das próprias autoras.

Importante: Diante a inexistência atual de políticas públicas e orientações acerca da integração do sistema de saúde às ações do modelo de PDP, como fluxos implantados para as situações de transferência, torna-se fundamental a responsabilidade compartilhada entre a equipe assistencial e a família para essas ocasiões. Nesse sentido, o estabelecimento do fluxo de contingência para todas as etapas da assistência deve ser repassado claramente durante a gestação, às consultas de pré-natal, e estimulado que seja identificado em plano de parto de maneira clara.

11 DESCARTE DE RESÍDUOS

O manejo de materiais biológicos e potencialmente contaminados deverá ser realizado seguindo as recomendações da Classificação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), descritas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 306, de 7 de dezembro de 2004¹²⁰. A consulta do documento dar-se-á de acordo com os grupos, podendo ser resíduos do grupo A, resíduos do grupo D ou resíduos do grupo E.

A equipe de assistência é responsável pela logística do descarte de resíduos biológicos, sendo, portanto, uma atribuição que pode ser contratualizada por empresas especializadas. Salienta-se que, para o descarte da placenta pode ser considerando as diferentes condutas possíveis, dentre elas: encaminhamento para descarte sanitário, doação para pesquisa, ou permanência com a família. Nesse sentido, recomenda-se a elaboração de termo de ciência para o descarte da placenta, discriminando a opção de conduta (Anexo 10)¹²¹.

12 LIMPEZA E ESTERILIZAÇÃO DOS MATERIAIS

O manuseio de materiais utilizados na assistência ao PDP deve seguir as recomendações da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 15, de 15 de março de 2012, a depender da classificação dos mesmos, a saber: críticos, semicríticos e não-críticos¹²². Conforme previsto, os materiais classificados como críticos e semicríticos deverão ser submetidos à pré-limpeza no próprio domicílio e em sequência embalados e encaminhados para esterilização em empresa contratada pela equipe.

É importante salientar que compete às profissionais manter os equipamentos em condições adequadas de armazenamento, de acordo com a orientação do fabricante, e também a atentar ao prazo de validade dos medicamentos e materiais. Para tanto, sugere-se uma organização de fluxo de entrada e saída de material, medicamentos e equipamentos, de maneira a manter registrada a conformidade da assistência no que tange à garantia da gestão de tais recursos necessários para atenção ao PDP (ver Anexo 08).

Além disso, recomenda-se incluir no processo de trabalho da equipe de PDP a testagem dos equipamentos de maneira regular a fim de identificar problemas e realizar manutenção preventiva ou corretiva, evitando falhas durante o uso (ver Anexo 09).

13 IMPLEMENTAÇÃO

A crescente demanda por uma assistência humanizada e a valorização da autonomia da mulher têm impulsionado o interesse pelo PDP. Sob a perspectiva profissional, a atuação no modelo de PDP evidencia um campo favorável a autonomia das EO e OBST, revelando uma potencialidade para o reforço do protagonismo destas profissionais na atuação em obstetrícia, condição que alinha-se à proposta da OMS para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde à mulher¹²³.

A formalização do protocolo assistencial para o PDP contribui para ampliar o acesso a práticas obstétricas respeitadas e baseadas em evidências, assegurando segurança clínica e direitos reprodutivos. Sua implementação exige articulação intersetorial, capacitação profissional e compromisso ético com a vida e com a autonomia das mulheres.

Portanto, a fim de garantir a qualidade da assistência, recomenda-se que o protocolo seja utilizado como respaldo técnico para os municípios interessados em implementar ou fortalecer serviços de PDP. Além disso, importante destacar que para a atuação no referido modelo, o planejamento de capacitação profissional necessária para garantir a qualidade do serviço, encontra neste Protocolo de Assistência ao PDP uma tecnologia educacional valiosa.

Ademais, os planos de implementação aplicados para este documento contribuem para construir estratégias de articulação entre os serviços de PDP e a rede local de assistência obstétrica e neonatal, a fim de viabilizar as garantias do cuidado. Nesse sentido, a adoção deste protocolo como orientação para a assistência à saúde revela um importante instrumento impulsionador de reflexões críticas para formulação de políticas públicas inclusivas.

A implementação deste documento, assegurado pelo Conselho Regional da Bahia, poderá servir como arcabouço teórico para demais regiões do país que ainda não contam com protocolos assistenciais de PDP instituídos. À nível nacional, esse documento se constitui enquanto ferramenta de consulta para elaboração de materiais instrutivos junto ao COFEN.

14 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e avaliação contínua do protocolo favorece a sua aplicabilidade e alinhamento às boas práticas atualizadas. A análise desses resultados contribui para qualificar a assistência.

Importante destacar que a recomendação de um protocolo clínico possibilita a criação de indicadores de qualidade. Assim sendo, o modelo de atenção de PDP demanda de marcadores que o referencie no cenário obstétrico, apresentando dados epidemiológicos, quantitativos e qualitativos que contribuam para fundamentar políticas de atenção ao modelo.

Considerando o protocolo enquanto instrumento de promoção e educação em saúde, a avaliação do mesmo torna-se estratégia relevante para a melhoria ascendente da assistência ofertada. Nesse sentido, após a publicação inicial deste protocolo e buscando alcançar a solidez nessa prática clínica, o presente instrumento passará por um processo de validação externa, através das profissionais usuárias do documento.

Portanto, ao final deste protocolo, disponibilizado através de um QR code, convidamos as (os) leitoras (es) que opinem acerca deste documento, para fins da manutenção da qualidade do mesmo, através do exercício da construção compartilhada do modelo de assistência ao PDP no Estado da Bahia.

Importante: O protocolo de Assistência ao PDP do estado da Bahia deve ser atualizado a cada dois anos pelas profissionais que o assinam. Essa revisão e atualização periódica objetiva adequar o documento às leis, portarias, resoluções e manuais do Ministério da Saúde e da Enfermagem, mantendo-o alinhado às evidências científicas.



15 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto domiciliar planejado representa uma escolha consciente e informada da gestante, fundamentada no respeito à fisiologia do nascimento, na valorização do protagonismo feminino e na garantia do direito à saúde. A adoção de um protocolo assistencial padronizado para a atenção ao PDP garante a segurança e a qualidade do cuidado ofertado em consonância com as boas práticas de saúde baseadas em evidências científicas. O planejamento detalhado, o estabelecimento criterioso acerca da elegibilidade das gestantes e o preparo técnico e logístico da equipe são elementos essenciais para a condução segura do PDP.

Este protocolo demonstra o compromisso profissional e social com a humanização da assistência e a autonomia da mulher. Outrossim, importante destacar que a garantia da qualidade da assistência ao PDP desvela-se enquanto uma estratégia de enfrentamento para as violências estruturais que impactam a atenção obstétrica no Brasil. A promoção desse modelo assistencial é também uma maneira de exercer o papel de luta por equidade, justiça reprodutiva e pelo reconhecimento da diversidade de experiências maternas. Este protocolo, portanto, se insere no esforço coletivo de reconfiguração do modelo de atenção ao parto e nascimento, valorizando práticas baseadas em evidências e a autonomia do exercício profissional das enfermeiras obstetras e obstetrites.

Salvador, 30 de junho de 2025.

Responsáveis:

Tanila Amorim Glaeser _____



Enfermeira Obstetra, Mestre e doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, fundadora do SobreParto - Coletivo de Assistência ao Parto de Salvador e idealizadora do EOZ- projeto de Acessibilidade ao PDP. Coren/BA 124836

Jordana Brock Carneiro _____



Enfermeira Obstetra e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Coren/RJ 217831

Luana Moura Campos _____



Enfermeira Obstetra e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Coren/BA 438275

Natália Webler *Natália Webler*
Enfermeira Obstetra e mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia.
Coren/BA 744375

Ingrid Bonfim Silva *Ingrid Bonfim Silva*
Enfermeira Obstetra e mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual da Bahia.
Coren/BA 472997

Sinalizo que o presente documento, originalmente entregue ao Coren/Ba em março de 2021, encontra-se revisado e atualizado na presente data, em constância com as demandas desta autarquia e avaliação de especialistas, para prosseguir com os trâmites de aprovação neste conselho.

Tanila Amorim Glaeser

Tanila Amorim Glaeser

Enfermeira Obstetra, mestra e doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia, fundadora e coordenadora do SobreParto - Coletivo de Assistência ao Parto Domiciliar Planejado de Salvador.

REFERÊNCIAS

1. Cursino TP, Benincasa M. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1433-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/1413-8123-csc-25-04-1433.pdf>.
2. Franceschini PKM, Spink MJP, Garcia CC. A arte de endurecer sem perder a ternura: o uso de tecnologias por obstetras na atenção ao parto domiciliar planejado. *Saude Soc*. 2024;33(3):e230790pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230790pt>.
3. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization; 1996. Disponível em: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 672/2021. *Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências*. Brasília: COFEN; 2021. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-672-2021/>.
6. Palharini LA, Figueirôa SF de M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2018;25(4):1039-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>.
7. Sarmiento I, Vélez Álvarez C, Camacho G, Orozco M, Bohórquez-Rivero J, Restrepo E, et al. Maternal health and Indigenous traditional midwives in southern Mexico: contextualisation of a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(12):e054542. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/11/12/e054542>.
8. Olsen O, Clausen J. Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;3:CD000352. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub3/full>.
9. Musie MR, Mulaudzi FM. Knowledge and attitudes of midwives towards collaboration with traditional birth attendants for maternal and neonatal healthcare services in rural communities in South Africa. *Midwifery*. 2024 Mar;130:103925. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38244241/>.

10. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 737/2024. Domiciliar Planejado. Brasília: COFEN; 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/02/Resolucao-Cofen-no-737-2024-Normatiza-a-atuacao-do-enfermeiro-obstetrico-e-Obstetrix-na-assistencia-a-mulher-recem-nascido-e-familia-no-Parto-Domiciliar-Planejado.pdf>.
11. Oliveira TR, Silva FM, Santos DS, et al. Assistance to planned home childbirth: professional trajectory and specificities of the obstetric nurse care. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20190182. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v29/pt_1980-265X-tce-29-e20190182.pdf.
12. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Quem espera, espera. 2017. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf.
13. Reinicke R, Zampieri MFM, Velho MB, et al. Partos domiciliares planejados ocorridos em Joinville: perfil epidemiológico das mulheres e desfechos maternos e neonatais. *Rev Gaucha Enferm.* 2023;44:e20220048. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/MmKFntX3gb9qmTt8rwY8YKc/?lang=pt>.
14. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União.* 2005 abr 8. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm.
15. Tempesta GA, França RL de. Nomeando o inominável: a problematização da violência obstétrica e o delineamento de uma pedagogia reprodutiva contra-hegemônica. *Horiz Antropol.* 2021;27(61):257-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/xXgjFBTzkvX8J57PcxvBgpK/?lang=pt>
16. Cardoso PFG, Shimizu MA. Violência obstétrica e LGBTQIA+fobia: o entrelaçamento de opressões e violações. *Cien Saude Colet.* 2024;29(4):e20072023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/S97fky4NjCdTnmGDMqWpwQ/?lang=pt>.
17. Barrera DC, Moretti-Pires RO. Da violência obstétrica ao empoderamento de pessoas gestantes no trabalho das doulas. *Rev Estud Fem.* 2021;29(1):e62136. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/TqbrVSjWhzZ7Bb5hJWjRDxf/>
18. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Brasília: COFEN; 2014. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014/>.
19. Cheyney M, Bovbjerg M, Everson C, Gordon W, Hannibal D, Vedam S. Outcomes of care for 16,924 planned home births in the United States: the Midwives Alliance of North America statistics project, 2004 to 2009. *J Midwifery Womens Health.* 2014;59(1):17-27. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jmwh.12172>.

20. Blix E, Kumle M, Kjærgaard H, Oian P. Transferência para hospital em partos domiciliares planejados: uma revisão sistemática. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:179. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-179>.
21. Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K, O'Brien MA. Maternal outcomes and birth interventions among women who begin labour intending to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: a systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 2020;21:100319. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370%2820%2930063-8>.
22. Leal MC. Pesquisa Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento. 2014. Disponível em: http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_943835885.pdf.
23. Pompeu KC, Nunes JA, Silva RS, et al. Mapeamento das equipes de parto domiciliar planejado: revelando o cenário brasileiro. *Contrib Cienc Soc*. 2024;17(12):e13003. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/download/13003/7559/37538>
24. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl 1):17-32. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.
26. Sánchez-Redondo MD, González-Mesa E, Blasco-Alonso J, et al. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(4):266.e1-6. Disponível em: <https://www.analesdepediatría.org/es-linkresolver-parto-domiciliario-un-fenomeno-creciente-S169540332030151X>.
27. Davis-Floyd R, Cheyney M. Birth as culturally marked and shaped. In: Davis-Floyd R, Cheyney M, organizadores. *Birth in Eight Cultures*. Long Grove: Waveland Press; 2019. Disponível em: <https://www.waveland.com/browse.php?t=738>.
28. Conselho Regional de Enfermagem do Espírito Santo (COREN/ES). Hospital público mineiro comemora um ano de parto domiciliar. 2015. Disponível em: http://www.coren-es.org.br/hospital-publico-mineiro-comemora-um-ano-de-parto-domiciliar_5055.html.
29. Santos LM, Zampieri MFM, Velho MB, et al. Trajetórias de enfermeiras obstetras no atendimento ao parto domiciliar planejado: história oral. *Rev Gaucha Enferm*. 2021;42:e20200191. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/8rtgMNfGRLZtD7P9Hg7BZCg/?lang=pt>.
30. Costa AC, Prata JA, Oliveira KR, Silva CRF da, Progianti JM, Mouta RJO, et al. Freedom of movement and positioning in childbirth with non-invasive technologies of

nursing care. *Cogitare Enferm.* 2023;28:e89444. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/cenf/a/wTQbdykSPwwQKmH5nzSKVHb/?format=pdf&lang=en>

31. Conselho Federal de Enfermagem. Diretrizes para elaboração de protocolos de enfermagem na Atenção Primária à Saúde pelos Conselhos Regionais. Brasília: COFEN; 2018. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Diretrizes-para-elaboração-de-protocolos-de-Enfermagem-.pdf>.

32. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (COREN/BA). Parecer COREN-BA nº 023/2015. 2015. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/PT-023-ATENDIMENTO-DOMICILIAR-PELO-ENFERMEIRO-OBSTETRA.pdf>.

33. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil. *Diário Oficial da União.* 1986 jun 26. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm.

34. Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. *Diário Oficial da União.* 1987 jun 9. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d94406.htm.

35. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017. Código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília: COFEN; 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017/>.

36. Brasil. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965/2014 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD). *Diário Oficial da União.* 2018 ago 15. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm.

37. Brasil. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Dispõe sobre as diretrizes para a implantação dos Centros de Parto Normal. *Diário Oficial da União.* 2009 fev 12. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0116_11_02_2009.html.

38. Colossi L. Critérios de elegibilidade das mulheres para o atendimento ao parto domiciliar planejado: proposta de um protocolo [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/188833/PNFR1030-D.pdf?sequence=1>.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal (versão preliminar). Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://atencaoprimaria.es.gov.br/Media/AtencaoPrimaria/Mulher/Diretriz%20Nacional%20de%20assistencia%20ao%20Parto%20Normal-2022.pdf>.

40. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Manual Técnico das Casas de Parto – Município de São Paulo. São Paulo: SMS-SP; 2016. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/manualcasasdeparto15122016.pdf>.

41. Morelli A, Smith L, Karia A, et al. Outcomes for women with diabetes admitted for labour care to midwifery units in the UK: a national prospective cohort study and survey of practice using the UK Midwifery Study System (UKMidSS). *BMJ Open*. 2024 Dec 3;14(12):e087161. Disponível em:

<https://bmjopen.bmj.com/content/14/12/e087161.full.pdf>.

42. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Protocolo de encaminhamento para o pré-natal de alto risco. São Paulo: SMS-SP; mar 2020. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_de_Encaminhamento_para_PN_Alto_Risco_03_2020.pdf.

43. Martins PL, Menezes RA. Gestação em idade avançada e aconselhamento genético: um estudo em torno das concepções de risco. *Physis*. 2022;32(2):e320218. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/H4WmkwwRJyh73tP4c79PPc/?format=pdf>

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual técnico: gestação de alto risco [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. 692 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

45. Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional. Florianópolis-SC: Governo do Estado de Santa Catarina, Secretaria de Estado da Saúde; 2022 (2ª ed, maio). Disponível em: <https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/gerencias-da-aps/gapps/saude-da-mulher/saude-da-mulher-arquivos/instrumento-de-estratificacao-de-risco-gestacional-2/download>

46. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente; Fiocruz; Ministério da Saúde. Sífilis: diagnóstico e tratamento na gestação [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz; 2023. Disponível em:

https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/11/SIFILIS_NA_GESTACAO_v2023.pdf.

47. Brasil. Atenção Básica: cadernos de atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da gestante. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>.

49. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão de Cuidado Integral. Nota Técnica Conjunta nº 251/2024-

COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS e CGAN/DEPPROS/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de->

conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deppros-saps-ms.pdf.

50. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em atividades de planejamento familiar. Brasília: COFEN; 1997. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-1951997_4264.html.

51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1ª ed, 1ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.

52. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2008.pdf.

53. Rede Cegonha: uma rede de cuidados para a saúde das mulheres e crianças [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf.

54. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Nacional para a Qualidade do Cuidado Materno Infantil – Rede Alyne. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/15793>.

55. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais questões sobre exames de rotina do pré-natal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2021 out 11. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-exames-de-rotina-do-pre-natal/>.

56. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI). INI integra comissão assessora sobre HTLV no Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.ini.fiocruz.br/ini-integra-comiss%C3%A3o-assessora-sobre-htlv-no-minist%C3%A9rio-da-sa%C3%BAde>.

57. Figueiredo-Alves RR, Nonato DR, Cunha AM. HTLV e gravidez: protocolo clínico. *Femina*. 2019;47(2):110-3. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046499/femina-2019-472-110-113.pdf>.

58. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.

59. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf.
60. Cumberlege J, editor. Better births: improving outcomes of maternity services in England – a five year forward view for maternity care. London: NHS England; 2016. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/publication/better-births-improving-outcomes-of-maternity-services-in-england-a-five-year-forward-view-for-maternity-care/>.
61. Prefeitura de Belo Horizonte. Protocolo pré-natal e puerpério. Belo Horizonte: Prefeitura de Belo Horizonte; 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/protocolo-pre-natal-perperio-31-05-2019.pdf>.
62. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Superintendência de Atenção Primária à Saúde. Núcleo Técnico-Científico TelessaúdeRJ. Protocolo estadual de atenção ao pré-natal de risco habitual. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUzNTE%2C>.
63. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz brasileira de cardiologia fetal – 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;112(5):600-48. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-S0066-782X2019000500600/0066-782X-abc-S0066-782X2019000500600-pt.x80891.pdf.
64. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(5):CD004945. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004945.pub4/full>.
65. Wennerholm UB, Saltvedt S, Wessberg A, et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. BMJ. 2019;367:l6131. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/367/bmj.l6131>.
66. Oliveira SMJV, Silva J, Santos M, et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto Contexto Enferm. 2010;19(4):774-82. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/y6DsCXHqtTT6qNvcBYMwgsn/>.
67. Mouta RJO, Prata JA, Silva SC de SB, Zveiter M, Medina ET, Pereira ALF, et al. A utilização da acupuntura na indução do trabalho de parto: uma revisão de escopo. Braz J Develop. 2021 Aug 20;7(8):83291-302. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/34834>.
68. Smith CA, Armour M, Dahlen HG. Acupuncture or acupressure for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Oct 17;2017(10):CD002962. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002962.pub4/full>.

69. Shayan A, Masoumi SZ, Kazemi F, Refaee M, Ahmadi M, Sourinezhad H, Hamoun M. Effect of Evening Primrose Vaginal Capsule on Cervix Preparation and Duration of First Stage of Labor in Nulliparous Women Referred to Fatemeh Hospital in Hamadan, Iran: A Single-blind Randomized Controlled Trial. *Curr Drug Res Rev.* 2022;14(3):247-53. doi: 10.2174/2589977514666220418091807. PMID: 35440333. Disponível em: https://www.rimfacts.com/rd/p?c=10169960245&utm_source.
70. Azad A, Pourtaheri M, Darsareh F, Heidari S, Mehrnoush V. Evening primrose oil for cervical ripening prior to labor induction in post term pregnancies: A randomized controlled trial. *Eur J Integr Med.* 2022;45:101358. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876382022000257>
71. Gilad R, Hochner H, Savitsky B, Porat S, Hochner-Celnikier D. Castor oil for induction of labor in post-date pregnancies: a randomized controlled trial. *Women Birth.* 2018;31(1):e26–31. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519217300033?via%3Dihub>.
72. Bayoumi YA, Alalfy M, Sharkawy M, Ali AS, Gouda HM, Hatem DL. Castor oil for labor initiation in women with a previous cesarean section: a double-blind randomized study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35(25):8945–51. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1476705821002001>.
73. NGGADA BJ. Induction of labour. In: *Current Challenges in Childbirth.* IntechOpen; 2022. DOI: 10.5772/intechopen.104445. Disponível em: <https://www.intechopen.com/chapters/104445>
74. Sukumaran S, Chandraharan E. The historical practice of “membrane sweep” to initiate labour: does it have a role in contemporary obstetric practice? *Glob J Reprod Med.* 2021;8(2):5556733. DOI: 10.19080/GJORM.2021.08.555733. Disponível em: <https://juniperpublishers.com/gjorm/GJORM.MS.ID.555733.php>.
75. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;Issue 7:CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681500/>
76. Lima CA, Brito MFSF, Pinho L, Ruas SJS, Messias RB, Silveira MF. Maternal-fetal attachment and interrelated factors in pregnant women assisted in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2024;32:e4404. DOI: 10.1590/1518-8345.7104.4404. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6mxYy3Y8nNwNMvwHtQrFZyj/>
77. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=6D1C82EDE51FAA01569447C1762D069D?sequence=1>.

78. Brasil. Lei nº 13.787, de 27 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a digitalização e a utilização de sistemas informatizados para a guarda, o armazenamento e o manuseio de prontuário de paciente. Diário Oficial da União; 28 dez 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/113787.htm.
79. World Health Organization. WHO labour care guide: user's manual. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>.
80. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Graves B, Haley MM. Evidence-based practices for the fetal to newborn transition. J Midwifery Womens Health. 2007 May-Jun;52(3):262-72. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.01.005. PMID: 17467593. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17467593/>.
81. Li Z, Mannava P, Murray JC, Sobel HL, Jatobatu A, Calibo A, et al. Association between early essential newborn care and breastfeeding outcomes in eight countries in Asia and the Pacific: a cross-sectional observational study. BMJ Glob Health. 2020;5(12):e002581. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/12/e002581>.
82. Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf>.
83. Sociedade Brasileira de Pediatria. Cuidados com a higiene do bebê: recomendações para pais e cuidadores. Departamento Científico de Dermatologia. Rio de Janeiro: SBP; 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br>.
84. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. 8th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017. Disponível em: <https://hscsnhealthplan.org/sites/default/files/OB%20-%20ACOG%20Guidelines%20for%20Perinatal%20Care%20-%208th%20Edition.pdf>.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança Menina: passaporte da cidadania. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_7ed.pdf.
86. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança Menino: passaporte da cidadania. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_passaporte_cidadania_7ed.pdf.
87. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. Obstet

Gynecol. 2010 Dec;116(6):1281-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3660040/?utm_source=chatgpt.com

88. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). WHO labour care guide: new global standard for monitoring childbirth. London: FIGO; 2020. Disponível em: <https://www.figo.org/news/who-labour-care-guide-new-global-standard-monitoring-childbirth>.

89. Spagnoli M, Monroe M, Davies C. The effect of Spinning Babies® education on confidence in implementing techniques and knowledge regarding safety related to labor positioning among birth professionals. *J Perinat Educ*. 2024 Oct 1;33(4):206-11. doi: 10.1891/JPE-2023-0021. PMID: 39444747; PMCID: PMC11495250. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39444747/>

90. Fumagalli S, Antolini L, Nespoli A, Panzeri M, Terenghi T, Ferrini S, et al. Rebozo and advanced maternal postures: A promising set of intrapartum interventions to reduce persistent occiput posterior position of the fetal head. *Eur J Midwifery*. 2024 Oct 18;8:191511. doi: 10.18332/ejm/191511. PMID: 39431205; PMCID: PMC11487788. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11487788/>

91. Anderson FWJ, Johnson CT. Complementary and alternative medicine in obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 Nov;91(2):116–24. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2005.07.009>.

92. Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, et al. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open*. 2016 Jul 12;6(7):e010691. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/7/e010691.full.pdf>.

93. Wadhwa PD. Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology*. 2005 Sep;30(8):724–43. doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.02.004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15919579/>.

94. Olza I, Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdóttir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: an integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLoS One*. 2020 Jul 28;15(7):e0230992. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0230992>.

95. Hutchison J, Mahdy H, Jenkins SM, Hutchison J. Normal labor: physiology, evaluation, and management. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>.

96. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Protocolo E-MOTIVE e redução de hemorragias pós-parto (OMS). Rio de Janeiro: Fiocruz; 2023 Mai 25. Disponível em:

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/protocolo-e-motive-e-reducao-de-hemorragias-pos-parto-oms/>.

97. Macones GA, Hankins GD, Spong CY, Hauth J, Moore T. The 2008 NICHD workshop report on electronic fetal monitoring: update on definitions, interpretation, and research guidelines. *Obstet Gynecol.* 2008 Sep;112(3):661–6.

doi:10.1097/AOG.0b013e3181841395. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18757666/>.

98. Valencia CM, Escobar MF, et al. Emergências obstétricas. In: *Glob Libr Women's Med [Internet]*. 2023. (Série de Livros-texto Contínuos de Medicina Feminina – Módulo de Obstetrícia, v. 13). ISSN: 1756-2228. doi:10.3843/GLOWM.415083. Disponível em:
<https://www.glowm.com/womens-medicine-series-obstetric/heading/vol-13--obstetric-emergencies/id/409313>.

99. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy: executive summary. *Obstet Gynecol.* 2013 Nov;122(5):1122–31. doi:

10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24150027/>.

100. Amorim MMR, Duarte AC, Andreucci CB, Knobel R, Takemoto ML. Distócia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina.* 2013 Mai-Jun;41(3):115-24. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n3/a4499.pdf>.

101. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 178: Shoulder dystocia. *Obstet Gynecol.* 2017 May;129(5):e123–33. doi:

10.1097/AOG.0000000000002043. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28426618/>.

102. Marques JB, Reynolds A. Distócia de ombros: uma emergência obstétrica. *Acta Med Port.* 2011;24(4):613-20. Disponível em:

<https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/480/188>.

103. Souza AM, Chioveti GR, et al. Distócia de ombros: aplicabilidade de manobras de resolução. *Braz J Implantol Health Sci.* 2024;6(12):2009–17. Disponível em:

<https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/4729>

104. Gouveia L, Lima M, Roriz P. Emergências obstétricas com ênfase no manejo da distócia de ombro. *Rev Ciênc Saúde.* 2024 May 20. Disponível em:

<https://revistaft.com.br/emergencias-obstetricas-com-enfase-no-manejo-da-distocia-de-ombro/>

105. Gobbo R, Baxley EG. Shoulder dystocia. In: *ALSO: advanced life support in obstetrics provider course syllabus*. Leawood, Kan.: American Academy of Family Physicians, 2000.

106. Chioveti GR, Souza AM, Markiv AJ, Oliveira AB, Carvalho BM, Gomes DD, et al. Distócia de ombros: aplicabilidade de manobras de resolução. *Braz J Implantol Health Sci.* 2024;6(12):2009–17. doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n12p2009-2017. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p2009-2017>.
107. Cwm Taf Morgannwg University Health Board (CTMUHB). Cord prolapse management protocol [recurso eletrônico]. Wales: NHS Wales; [data não disponível]. Disponível em: <https://wisdom.nhs.wales/a-z-guidelines/c/cord-prolapse-management-ctmuhb-pdf/>.
108. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
109. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Principais questões sobre intervenções oportunas na hemorragia obstétrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2024 Nov 13. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-intervencoes-oportunas-na-hemorragia-obstetrica>.
110. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de orientação para o curso de prevenção e manejo obstétrico da hemorragia: Zero Morte Materna por Hemorragia. Brasília: OPAS; 2018.
111. Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento de Neonatologia da SBP. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>.
112. Niermeyer S. A physiologic approach to cord clamping: clinical issues. *Matern Health Neonatol Perinatol.* 2015;1(1):21. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4823683/pdf/40748_2015_Article_22.pdf.
113. Berger TM, Aebi C, Bernet V, et al. Support of adaptation and resuscitation of the newborn infant. *Swiss Society of Neonatology*; 2017. Disponível em: https://www.neonet.ch/application/files/2315/6879/8641/2018_NN_resuscitation_-_English.pdf.
114. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf.

115. Raghuraman N, Temming LA, Turrentine M, et al. Effect of oxygen vs room air on intrauterine fetal resuscitation: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr.* 2018 Sep;172(9):818-23. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/10.1001/jamapediatrics.2018.1208>.
116. Delgado Nunes V, Gholitabar M, Sims JM, Bewley S; Guideline Development Group. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2014 Dec 3;349:g6886. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g6886>.
117. Sociedade Brasileira de Pediatria. Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido: da higienização e hidratação ao tratamento. Guia Prático de Atualização nº 140. Rio de Janeiro: SBP; 2024. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2024/abril/11/_24424L-GPA_ISBN_-_Cuidado_Pele_e_Anexos_do_RN.pdf.
118. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
119. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 1990 set 20. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
120. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. *Diário Oficial da União.* 2004 dez 10. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html.
121. Prates LA, Silva RM, Ressel LB, et al. Being born at home is natural: care rituals for home birth. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 3):1247–56. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1247.pdf.
122. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2012 mar 19. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html.
123. Organização das Nações Unidas. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.

ANEXO 01: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PDP

Nome: _____ Endereço: _____ Doc. Identificação
acima identificada, considerando ter sido suficientemente informada a respeito da assistência de Enfermagem ao período gravídico-puerperal, AUTORIZO o Enfermeira Obstetra ou Obstetrix _____, COREN-__ nº _____, bem como as/os demais profissionais que compõem a equipe, a prestarem assistência durante a minha gestação, parto e puerpério. Todas as etapas da assistência foram suficientemente explicadas de forma clara pela Enfermeira Obstetra ou Obstetrix supracitada, tendo sido orientada quanto aos benefícios do parto em domicílio, bem como sobre os potenciais riscos e alternativas possíveis, me permitindo fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente.

Estou ciente de que a Assistência ao Parto Domiciliar Planejado, para avaliação contínua do risco obstétrico, inclui consultas de Enfermagem pré-natal, com frequência em acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (mensais até 28 semanas, quinzenais entre 28 a 36 semanas e semanais a partir de 36 semanas de gestação); atenção integral no momento do parto e o acompanhamento do período puerperal imediato e mediato. Fui informada que durante acompanhamento pré-natal também deverão ser definidos quais os profissionais, instituições, e meio de transporte que serão acionados, caso seja necessária uma transferência de nível de assistência para o setor público ou privado, de acordo com as minhas condições de saúde e critérios pré-definidos com a equipe.. Estou ciente de que a atenção ao Parto Domiciliar Planejado consiste na observação e acompanhamento da evolução espontânea do trabalho de parto e do parto fisiológico. Comprometo-me tão logo que identificado os sinais de trabalho de parto, comunicar à Enfermeira(o) Obstetra(o) ou obstetrix, que decidirá conjuntamente o momento de vir ao meu encontro, permanecendo até pelo menos 3hs após a saída da placenta. Estou ciente que a assistência ao parto é um procedimento que demanda um tempo previamente indeterminado, e não garante, por si só, a ocorrência de um parto vaginal. Fui esclarecida de que a qualquer momento durante o trabalho de parto, podem ocorrer situações nas quais seja necessário o meu encaminhamento para um hospital, previamente acordado entre mim e a equipe que me assiste. Fui esclarecida de que o parto, em todas as suas etapas – trabalho de parto, parto e pós-parto – é um acontecimento que, embora natural, pode exigir a intervenção da equipe, a qualquer tempo, com uso de medicamentos ou procedimentos que visam a segurança do evento.

Fui esclarecida que no pós-parto serão realizadas consultas de Enfermagem para a avaliação do bem-estar do binômio mãe-bebê, apoio e incentivo à amamentação, e cuidados com o bebê, sendo que a primeira consulta se dará nas primeiras 24 horas após o nascimento; a segunda entre o terceiro e oitavo dia de puerpério. Estou ciente da importância de realizar uma consulta com médico pediatra dentro das 48 horas após o nascimento, e que identificar esse atendimento é de minha responsabilidade.

Caso a Enfermeira Obstetra ou Obstetrix, excepcionalmente por força maior não possa estar presente no momento da assistência, será acionada outra profissional substituta, com igual capacidade de atuação para a equipe mínima. Assim, também ficaram estabelecidos nos casos de transferência intra ou pós-parto: Hospital/Maternidade _____ .Meio de transporte: _____.

Por livre iniciativa, autorizo que o(s) procedimento(s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico da Enfermeira Obstetra ou Obstetriz acima autorizada e equipe, em comum acordo com a família, para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo, AUTORIZANDO a atuação da Enfermeira Obstetra ou Obstetriz acima identificada durante o pré-natal, parto e puerpério, na minha presente gestação.

Cidade, ____ de _____ de ____ às ____ horas e ____ minutos.

Assinatura da cliente:

Assinatura da Enfermeira Obstetra ou Obstetriz responsável

Testemunhas:(Nome e RG.)

ANEXO 02: FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA PRÉ NATAL DE ALTO RISCO

ENCAMINHAMENTO PARA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

| DADOS PESSOAIS | | |
|--|----------------|------------------|
| DATA DO ENCAMINHAMENTO: | | |
| NOME DA GESTANTE: | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | RG/CPF: | TELEFONE: |
| NOME DO (A) ACOMPANHANTE: | | |
| HISTÓRICO | | |
| G ___ P ___ C ___ A ___ | | |
| DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ IG: ___s___d <input type="checkbox"/> DUM <input type="checkbox"/> USG | | |
| Alergias: _____ Comorbidades: _____ | | |
| Medicações usadas na gestação: | | |
| Intercorrências durante a gestação: | | |
| INDICAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO | | |
| Descrever: | | |
| Exames de pré-natal e cartão da gestante encaminhados: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Profissional Responsável: Assinar+carimbar+datar | | |
| Contato para demais esclarecimentos: | | |

ANEXO 03: FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA MATERNA INTRAPARTO OU NO PÓS-PARTO IMEDIATO

| DADOS PESSOAIS | |
|--|--|
| Nome da parturiente _____ Data de nascimento: _____ Nome acompanhante: _____ Nome do Bebê/ Sexo: _____ Profissional responsável (Nome/Coren) _____ | |
| Data e horário da transferência: ___/___/___ às ___:___ Hospital: _____ Plano de saúde: _____ Transferência ocorre intraparto: Sim () Não () | |
| HISTÓRICO | |
| G ___ P ___ C ___ A ___ DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ IG: ___s ___d () DUM () USG Alergias: _____ Comorbidades: _____ Medicações usadas na gestação: _____ Intercorrências durante a gestação: _____ | |
| AVALIAÇÃO MAIS RECENTE | |
| Horário: ___:___ DU: _____ BCF: ___ bpm Dilatação: ___ cm Apagamento: ___% Plano de De Lee: _____ Bolsa rota: () não () sim Data ___/___/___ Hora: ___:___ LA: () claro () mec fluido () mec espesso Sinais Vitais PA: ___x___ mmHg Temp: ___°C FC: ___ bpm FR: ___ ipm SpO2: ___% SE TRANSFERÊNCIA PÓS-PARTO: Data e hora do nascimento: ___/___/___:___:___ RN Sexo: () Feminino () Masculino Ocitocina IM 10 UI pós parto: () sim () não. Sangramento pós-parto: () normal () alterado Conduta: _____ Laceração: () não () sim Se sim, grau: _____ Sutura: () não () sim. Delivramento: () não () sim Hora ___:___ () B. Schultze () B. Duncan | |
| Exames de pré-natal encaminhados juntamente à paciente: () Sim () Não DNV entregue: Sim () Não (). N° _____ Informações sobre o RN (vide documentos específicos) _____ | |
| RESUMO DA HISTÓRIA DA PACIENTE | |
| Descrever: _____ | |
| ESTABILIZAÇÃO | |
| Descrever: _____ Transferência realizada em uso de: _____ Anotações adicionais relevantes: _____ | |
| PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO SOLICITADO | |
| Data de admissão: ___/___/___ Horário admissão: ___:___ Profissional que admitiu paciente no serviço (nome + assinatura + carimbo): _____ Observações da (o) profissional que admitiu no serviço: _____ | |
| Assinatura e carimbo da Profissional Responsável: _____ | |

ANEXO 04: FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA RECÉM-NASCIDO

| FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA NEONATAL | |
|--|--|
| Data da transferência: / / Horário da transferência: : Hospital Plano de saúde: Nome da mãe: Data de nascimento: // RG/ CPF: Telefone: Nome do RN: Sexo: () Feminino () Masculino DNV entregue: Sim () Não (). Nº _____ Transferência ocorre no pós-parto imediato:() Transferência ocorre após 24 horas de vida:() | |
| HISTÓRIA DO NASCIMENTO | |
| Data e Hora: IG: s d () DUM () USG Bolsa rota(BR): () não () sim, Hora da BR: : LA: () claro () meconial fluido () meconial espesso Apgar: 1º min: 5º min: Corte do cordão:() imediato () oportuno Peso ao nascer: Reanimação neonatal: () não () sim. Especificar: () estímulo tátil () aspiração () ordenha de cordão () VPP () IOT () drogas: _____ Vitamina K: () sim () não Contato pele a pele: () sim () não SpO2 na 1ª hora de vida: _____ % Aleitamento 1º hora:() não () sim Sucção: () forte () débil Eliminações nas primeiras 24 horas de vida Mecônio: () presente () ausente Diurese: () presente () ausente Estatura _____ PC _____ PA _____ PT _____ | |
| Condutas realizadas em domicílio antes da transferência / Evolução: _____ _____ | |
| Transferência realizada em uso de: _____ | |
| Resumo da história MATERNA | |
| Paridade: G _____ PN _____ PC _____ A _____ Comorbidades: _____ Medicações utilizadas na gestação: _____ | |
| Resumo da história PARTO | |
| Ocitocina IM 10 UI após o nascimento: () sim () não Delivramento () não () sim. Se sim: () B. Schultze () B. Duncan Hora: _____: _____ Laceração: () não () sim Se sim, grau: _____ Sutura: () não () sim Exames de pré-natal encaminhados juntamente à paciente: () Sim () Não Anotações adicionais relevantes: _____ | |
| PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO SOLICITADO | |
| Data de admissão: ___/___/___ Horário admissão: ___:___ Profissional que admitiu paciente no serviço (nome +assinatura+carimbo): Observações da (o) profissional que admitiu no serviço: | |
| Assinatura e carimbo da Profissional Responsável: | |

ANEXO 05: FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR DA PUÉRPERA

| DADOS PESSOAIS | |
|--|--|
| Nome da puérpera: _____ Data de nascimento: _____ Nome acompanhante: _____ | |
| Data e horário da transferência: ___/___/___ às __:___ Hospital: Plano de saúde: _____ | |
| HISTÓRICO | |
| G ___ P ___ C ___ A ___ DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ IG: ___s___d () DUM () USG Alergias: _____ Comorbidades: _____ Medicações usadas na gestação: _____ Intercorrências durante a gestação: _____ | |
| RESUMO DA HISTÓRIA DO PARTO | |
| Data e hora do nascimento: ___/___/___ :___ RN Sexo: () Feminino () Masculino Ocitocina IM 10 UI pós parto: () sim () não. Sangramento pós-parto: () normal () alterado conduta: _____ Laceração: () não () sim Se sim, grau: _____ Sutura: () não () sim. Delivramento: () não () sim Hora ___:___ () B. Schultze () B. Duncan | |
| MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO | |
| Descrever: _____ Condutas realizadas em domicílio antes indicação da transferência: _____ Orientações dadas com relação ao RN: _____ | |
| PARA PREENCHIMENTO DO SERVIÇO SOLICITADO | |
| Data de admissão: ___/___/___ Horário admissão: ___:___ Profissional que admitiu paciente no serviço (nome +assinatura+carimbo): _____ Observações da (o) profissional que admitiu no serviço: _____ | |
| Assinatura e carimbo da Profissional Responsável: _____ | |

ANEXO 06: SINAIS CLÍNICOS DO ÍNDICE DE CHOQUE (IMAGEM)

SINAIS CLÍNICOS, GRAU DO CHOQUE HIPOVOLÊMICO E O ÍNDICE DE CHOQUE

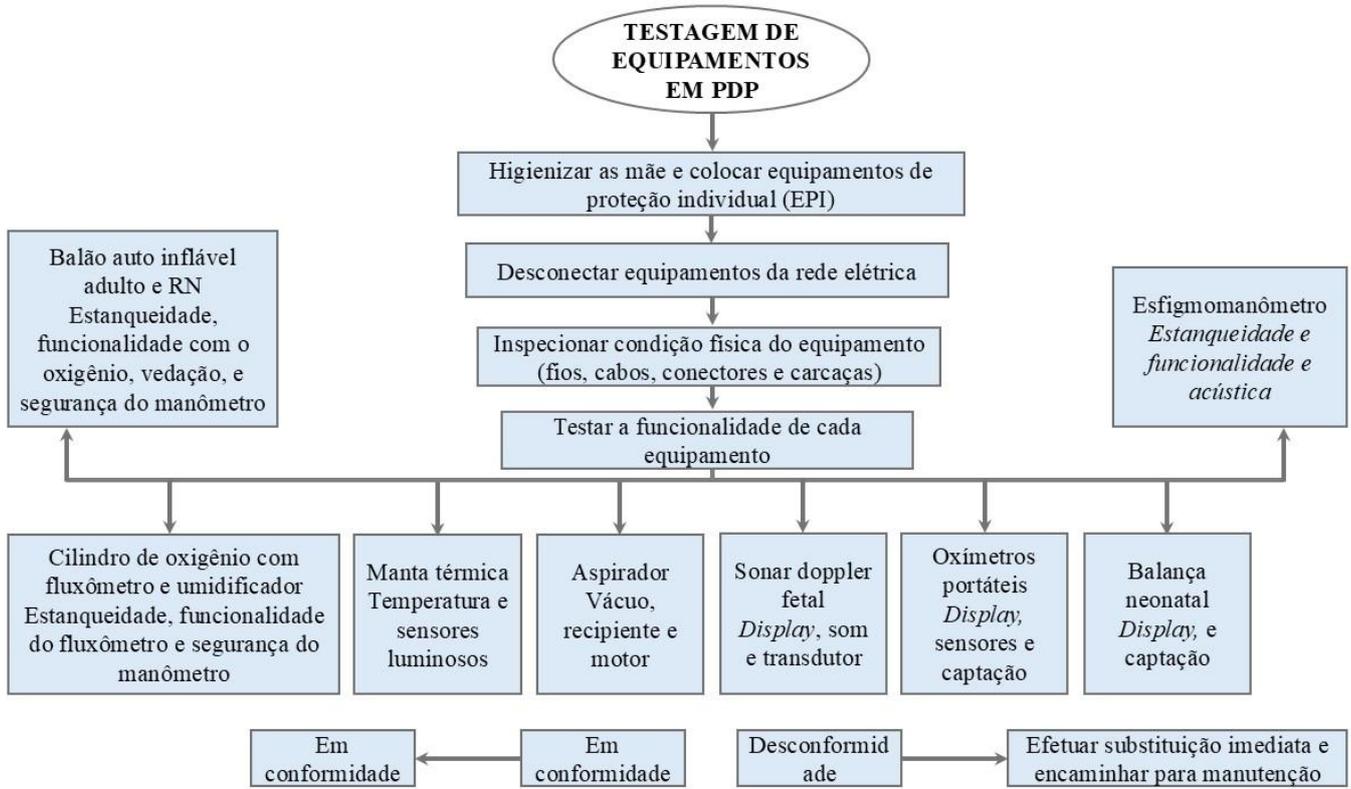
| PERDA SANGUE ESTIMADA (% e mL) | PULSO | PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA (mmHg) | ÍNDICE DE CHOQUE (Valor aproximado) | GRAU DE CHOQUE | TRANSFUSÃO |
|--------------------------------|---------|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------------------|
| 10-15% 500-1000mL | 60-90 | >90 | 0,7-0,9 | Compensado | Usualmente não |
| 16-25% 1000 - 1500mL | 91-100 | 80-90 | 1,0-1,3 | Leve | Possível |
| 26-35% 1500-2000mL | 101-120 | 70-79 | 1,3-1,7 | Moderado | Usualmente requerida |
| >35% >2000mL | >120 | <70 | >1,7 | Grave | Possível transfusão maciça |

OPAS, 2018

ANEXO 08: MODELO PARA CHECKLIST DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

| MEDICAMENTO | PRAZO DE VALIDADE | DATA DE COMPRA | NÚMERO NOTA FISCAL | ESTOQUE DE ENTRADA | DATA DO USO / QUANTIDADE | ESTOQUE DE SAÍDA | PROFISSIONAL RESPONSÁVEL |
|-------------|-------------------|----------------|--------------------|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Listar | | | | | | | Datar e assinar |
| MATERIAIS | PRAZO DE VALIDADE | DATA DE COMPRA | NÚMERO NOTA FISCAL | ESTOQUE DE ENTRADA | DATA DO USO E QUANTIDADE | ESTOQUE DE SAÍDA | PROFISSIONAL RESPONSÁVEL |
| Listar | | | | | | | Datar e assinar |

ANEXO 09: FLUXOGRAMA DE TESTAGEM DE EQUIPAMENTO EM PDP



Fonte: Elaboração das próprias autoras.

ANEXO 10: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA DESCARTE DE PLACENTA

Nome da equipe:

Endereço do parto:

IDENTIFICAÇÃO DA PARTURIENTE E NEONATO

Nome completo: _____ Data de nascimento:
____/____/____

Data do parto: ____/____/____ Nome do recém-nascido: _____

ESCLARECIMENTO

Informo que fui devidamente orientada sobre o destino da placenta e outros anexos fetais resultantes do meu parto. Fui informada de que a placenta, após o nascimento, é considerada um resíduo orgânico devendo ser descartada conforme as normas da vigilância sanitária e os protocolos de biossegurança.

Caso haja interesse pessoal, científico ou religioso quanto à destinação da placenta, a mesma será descartada de forma adequada, segura e ética, conforme esclarecimentos recebidos pela equipe de assistência.

OPÇÃO DA PARTURIENTE

() AUTORIZO o descarte da placenta e anexos fetais pelo sistema de descarte conforme os protocolos estabelecidos pela equipe de assistência.

() SOLICITO a liberação da placenta para uso pessoal, assumindo a responsabilidade pelo seu transporte e destinação, conforme normas da vigilância sanitária.

DECLARAÇÃO DA PARTURIENTE

Declaro que recebi as devidas informações de forma clara e compreensível, tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas satisfatoriamente.

Autorizo, de forma livre e esclarecida, a opção acima indicada.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura da parturiente: _____

Assinatura da profissional responsável: _____

Nome e registro (COREN): _____

ANEXO 11: TABELA SOBRE OS DIREITOS DAS GESTANTES E RECÉM-NASCIDOS NO BRASIL

| Nome da Lei / Norma | A que se refere | Referência |
|--|---|---|
| Lei nº 11.108/2005 | Direito da gestante a ter acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato | BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. |
| Lei nº 13.257/2016 | Marco Legal da Primeira Infância – garante políticas públicas para a gestante, criança e família | BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. |
| Lei nº 8.080/1990 | Lei Orgânica da Saúde – assegura atenção integral à saúde da mulher e do recém-nascido | BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. |
| Lei nº 8.069/1990 | Estatuto da Criança e do Adolescente – estabelece direitos do nascituro e do neonato | BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. |
| Lei nº 11.634/2007 | Direito da gestante à informação sobre a maternidade de referência | BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. |
| Lei nº 14.443/2022 | Atualiza o ECA – garante direitos sexuais e reprodutivos das mulheres | BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. |
| Lei nº 9.782/2024 – Salvador/BA | Garante o direito da gestante de ser acompanhada por doula durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato em unidades de saúde públicas e privadas | SALVADOR. Lei nº 9.782, de 13 de março de 2024. |
| Diretriz Cofen nº 737/2024 | Normatiza a atuação do Enfermeiro Obstétrico e Obstetrix na assistência à mulher, recém-nascido e família no Parto Domiciliar Planejado. | COFEN. Diretriz nº 737/2024. Publicada em 02 de fevereiro de 2024 |
| Portaria GM/MS nº 5.350/2024 | A Rede Alyne é um programa do MS que tem o objetivo de garantir um cuidado mais integral e humanizado à gestante, parturiente, puérpera e criança. | BRASIL. Portaria nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. |

APÊNDICE 01: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO – PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA PARTO DOMICILIAR PLANEJADO POR ENFERMEIRAS OBSTETRAS E OBSTETRIZES DO ESTADO DA BAHIA

