

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA  
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE CEGONHA

**VALERIA CRISTINA RIBEIRO FERREIRA**

**PROTOCOLO DE ASSISTENCIA AO PARTO HUMANIZADO PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL**

São Luís  
2015

**VALERIA CRISTINA RIBEIRO FERREIRA**

**PROTOCOLO DE ASSISTENCIA AO PARTO HUMANIZADO PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha da Universidade Federal do Maranhão – UFMA e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, como requisito para obtenção do título de especialista em obstetrícia.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Teresa Frios Rios

São Luís

2015

**VALÉRIA CRISTINA RIBEIRO FERREIRA**

**PROTOCOLO DE ASSISTENCIA AO PARTO HUMANIZADO PELA EQUIPE  
MULTIPROFISSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha da Universidade Federal do Maranhão – UFMA e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, como requisito para obtenção do título de especialista em obstetrícia.

Aprovada em:        /        /

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Teresa Frios Rios (Orientadora)  
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

---

Examinador (a) I  
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

---

Examinador (a) II  
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

A Deus, fonte de sabedoria e aos meus familiares pelo apoio. Em especial, minha mãe Maria Zenide.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos preceptores que contribuíram para meu enriquecimento intelectual, pela prontidão e dedicação no atendimento prestado aos alunos.

Agradeço a minha professora e orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Rios pelo grandioso conhecimento dispensado durante a realização deste trabalho.

Ao gestor, chefia de enfermagem, enfermeiras obstétricas, e todas as equipes multiprofissionais da Maternidade Maria do Amparo, por acreditar e apoiar este trabalho. Foram mais que incentivadores. Obrigado.

Dirijo, igualmente, meu reconhecimento e agradecimento ao Ministério da Saúde, à Universidade Federal do Maranhão – UFMA e Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, especificamente ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha pela oportunidade e acolhida.

A todos os meus colegas de sala, pelos momentos de alegrias vivenciadas e trocas de experiências, pela história construída. Valeu. Será inesquecível.

Aos estudantes e profissionais, citados na bibliografia, que com seus artigos, livros e pesquisas enriqueceram este trabalho.

Finalmente, agradeço a minha mãe e irmãos pelo apoio e pela incondicional torcida com a qual sempre contei em todas as etapas da minha vida.

*“A SORTE é aquilo que acontece quando o  
preparo se encontra com a oportunidade”*

***Elmer Letterman***

## RESUMO

Tendo em vista que a assistência obstétrica tem como objetivo primordial a perfeita saúde da mãe e do recém-nascido, a participação da equipe multiprofissional no apoio as usuárias se consagra em grande relevância na melhoria da qualidade de assistência na atenção ao parto e nascimento. Uma prática voltada para a humanização. A Organização Mundial da Saúde reforçada pelo projeto de maternidade segura do Ministério da Saúde propõe a assistência obstétrica multiprofissional. O interesse em realizar o presente projeto de intervenção é o fruto da vivencia da não existência do protocolo de assistência ao parto como documento de referencia padrão pela equipe multiprofissional na instituição Maternidade Maria do Amparo. Este projeto tem como objetivo implantar o protocolo de assistência ao parto humanizado voltado para equipe multiprofissional nesta instituição. Com a metodologia proposta de construção do protocolo de assistência ao parto humanizado por meio de reuniões de grupo representado por integrantes de cada categoria profissional, pretende-se estimular a equipe de saúde a ter atitudes coerentes e compartilhar de uma mesma filosofia de trabalho. Como resultados preliminares, foram realizados dois encontros, o primeiro com o gestor e chefia de enfermagem e o segundo com enfermeiras obstetras para apresentação e validação da proposta de implantação de protocolo. Espera-se a adesão da estratégia do protocolo de assistência ao parto humanizado pela equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Assistência. Parto Humanizado. Protocolo. Equipe Multiprofissional.

## **ABSTRACT**

Given that obstetric care has as its primary objective the perfect health of the mother and the newborn, the participation of the multidisciplinary team in supporting the users is devoted in great importance in improving the quality of care in labor and delivery and birth. A dedicated practice for the humanization. The World Health Organization reinforced by the safe motherhood project of the Ministry of Health proposes a multi obstetric care. The interest in performing this intervention project is the fruit of the experiences of the non-existence of childbirth care protocol as a standard reference document by the professional staff at the institution Maternity Maria do Amparo. This project aims to deploy assistance protocol to humanized childbirth facing multidisciplinary team at this institution. With the construction of the proposed methodology of the care protocol to humanized birth through group meetings represented by members of each professional category, we intend to strengthen the health team to have consistent attitudes and share the same philosophy. As preliminary results, two meetings were held, the first with the manager and head of nursing and the second with midwives for presentation and validation of protocol implementation proposal. It is expected the accession of the strategy of the care protocol to humanized delivery by the multidisciplinary team. Keywords: Assistance. Humanized Birth. Protocol. Multidisciplinary team.

Keywords: Assistance. Humanized Birth. Protocol. Multidisciplinary team.



## **LISTA DE SIGLAS**

|       |   |
|-------|---|
| ANS   | - Agência Nacional de Saúde Suplementar   |
| FNUAP | - Fundo de População das Nações Unidas    |
| MS    | - Ministério da Saúde                     |
| ODM   | - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS   | - Organização Mundial de Saúde            |
| ONU   | - Organização das Nações Unidas           |
| RAS   | - Rede de Atenção à Saúde                 |
| SUS   | - Sistema Único de Saúde                  |
| UBS   | - Unidade Básica de Saúde                 |
| UTI   | - Unidade de Terapia Intensiva            |

## SUMÁRIO

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO.....</b>                             | <b>8</b>  |
| <b>2</b>   | <b>PROBLEMATIZAÇÃO.....</b>                        | <b>10</b> |
| <b>3</b>   | <b>APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....</b>            | <b>10</b> |
| <b>4</b>   | <b>JUSTIFICATIVA.....</b>                          | <b>11</b> |
| <b>5</b>   | <b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>                    | <b>11</b> |
| <b>6</b>   | <b>PÚBLICO ALVO.....</b>                           | <b>18</b> |
| <b>7</b>   | <b>OBJETIVOS .....</b>                             | <b>18</b> |
| <b>7.1</b> | <b>Geral.....</b>                                  | <b>18</b> |
| <b>7.2</b> | <b>Específicos.....</b>                            | <b>19</b> |
| <b>8</b>   | <b>METAS.....</b>                                  | <b>19</b> |
| <b>9</b>   | <b>METODOLOGIA.....</b>                            | <b>19</b> |
| <b>9.1</b> | <b>Cenário de intervenção.....</b>                 | <b>19</b> |
| <b>9.2</b> | <b>Período de desenvolvimento do plano.....</b>    | <b>20</b> |
| <b>9.3</b> | <b>Participantes da intervenção.....</b>           | <b>20</b> |
| <b>9.4</b> | <b>Estratégias e ações.....</b>                    | <b>20</b> |
| <b>9.5</b> | <b>Resultados Esperados.....</b>                   | <b>21</b> |
| <b>9.6</b> | <b>Parceiros e/ou instituições apoiadoras.....</b> | <b>21</b> |
| <b>10</b>  | <b>CRONOGRAMA.....</b>                             | <b>22</b> |
| <b>11</b>  | <b>ORÇAMENTO E RECURSOS HUMANOS .....</b>          | <b>22</b> |
| <b>12</b>  | <b>AVALIAÇÃO/MONITORAMENTO DA INTERVENÇÃO.....</b> | <b>23</b> |
| <b>13</b>  | <b>RESULTADOS PRELIMINARES.....</b>                | <b>23</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS.....</b>                            | <b>24</b> |
|            | <b>APÊNDICES.....</b>                              | <b>27</b> |
|            | <b>ANEXOS.....</b>                                 | <b>30</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Promover a maternidade segura é compromisso do Ministério da Saúde e de todos nós (BRASIL, 2010).

A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam, seja a mulher como protagonista e seus familiares e/ou também os profissionais envolvidos, estes, são coadjuvantes desta experiência e desempenham papel importante. Pois, têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Todos necessitam ter consciência dessa responsabilidade (BRASIL, 2001).

Estudos têm analisado o impacto do uso das várias fontes de informação na melhoria da qualidade de assistência à saúde materna. Entre elas, as ações da estratégia Rede Cegonha. Com a Rede Cegonha, o Ministério da Saúde (MS) busca reforçar as ações de atenção às mulheres durante todo o período gestacional, acompanhando-as em todas as etapas do processo: confirmação da gravidez, pré-natal, parto e 28 dias após o parto (BRASIL, 2015d).

Diante disso, ultimamente, os profissionais envolvidos na assistência ao parto levam em consideração as mais atualizadas evidências científicas, que atualmente têm sido incorporadas ao cuidado individual.

Assim, hoje, os profissionais buscam não fazer atendimento, mas acolhimento. Uma prática voltada para a humanização, proporcionando a gestante e aos familiares um atendimento diferenciado e de qualidade. São procedimentos adotados para atender às necessidades identificadas no trabalho de parto de acordo com práticas inovadoras, que inclui suporte emocional (como presença contínua de acompanhante, encorajamento, elogios), medidas de conforto físico (como massagem, banho para analgesia, ingestão de líquidos etc.), fornecimento de informações sobre a progressão do trabalho de parto e sobre formas de facilitar a sua evolução e interlocução com a equipe, de modo a permitir a comunicação da mulher e a manifestação de suas preferências (FERENANDES, 2013).

A equipe acompanha a parturiente em todas as fases com uma assistência integral e assim, com segura e contínua vigilância, permite corrigir intercorrências e possibilita melhora na qualidade assistencial (MARQUES; SILVA, 2007).

No trabalho de parto muitos fatores devem ser levados em conta. Em geral, todas as informações referentes às ações são de grande importância para equipe assistencial ao parto e devem ser registradas para que as condutas pertinentes a serem tomadas durante o trabalho de parto resultem em uma melhor assistência, e isso se constitui em prática baseada em evidências. A prática baseada em evidências não conta com a intuição, mas com as reais necessidades da parturiente e estas derivam dos registros no prontuário (MARQUES; SILVA, 2007).

Considerando que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres e que os agravos a saúde da mulher e do recém-nascido podem ser decorrentes de uma assistência obstétrica de baixa qualidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reforçada pelo projeto de maternidade segura do MS, propõe a assistência obstétrica multiprofissional, que deve ser amparada por todos os profissionais de saúde especialistas no tratamento das alterações anatomofisiológicas e mudanças apresentadas pela gestante.

Do total estimado de meio milhão de mortes maternas anuais, cerca de 99% ocorrem em países em desenvolvimento. Uma proporção desconhecida destas, segue-se a um trabalho de parto prolongado devido a uma desproporção céfalo-pélvica (FEBRASGO, 2015).

A OMS considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos. No Brasil, a taxa oficial de mortalidade materna é de 62 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos (CARNEIRO, 2015).

Para Carneiro (2015), a altíssima taxa de cesáreas, o excesso de intervenções desnecessárias, a falta de treinamento de equipes especializadas e a proibição do aborto são alguns dos fatores apontados como barreiras para que o risco diminua mais no país.

Segundo dados, estima-se que a média de cesárias realizada por ano no Brasil é de 46,6%, mais de três vezes acima dos 15% recomendados pela OMS. Na rede privada, a taxa chega a 85%, é o mais alto do mundo (RODRIGUES, 2015).

Com base nesses dados, pesquisadores da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) analisaram aspectos relacionados a indicações clínicas para a realização da cirurgia cesariana em duas maternidades, uma do serviço público e outra do privado, em São Luís, capital do Maranhão, sendo 63,2% (MOEHLECKE, 2012).

Estudos evidenciam que a implantação de serviços de assistência multidisciplinar para a gestante no trabalho de parto esta como um dos recursos para menores índices de mortalidade materno-infantil e/ou prejuízo da saúde destes (onde seus problemas,

dificuldades, dúvidas e necessidades possam ser supridos). Ou seja, um subsídio à mudança dos modelos de assistência ao parto, notadamente para o resgate ao parto natural.

Segundo Carneiro (2015), é necessário que as instituições conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleçam um protocolo de assistência ao parto pela equipe multiprofissional para que cada membro tenha sua própria autonomia, carecendo contribuir por meio da organização dos processos de trabalho a partir de práticas que padronizam a conduta, visando melhorar a qualidade da assistência prestada. Ao se trabalhar com diretrizes e procedimentos padronizados, a literatura evidencia resultados de saúde bastante favoráveis aos usuários do serviço.

## **2. PROBLEMATIZAÇÃO**

Diante disso, conforme mostra a literatura, não sendo diferente em um serviço de saúde vinculado ao SUS que presta assistência ao parto no município de São Luís - MA (Maternidade Maria do Amparo), o protocolo de assistência ao parto humanizado não consta como documento de referência padrão pela equipe multiprofissional nesta instituição.

## **3. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

A Maternidade Maria do Amparo realiza assistência a gestante de baixo risco. Atinge em média 144 atendimentos mensalmente, destes, 19% (27) evolui para cesariana com diagnóstico de desproporção céfalo-pélvica (DCP) com 11% (3) índice de apgar abaixo de 7 no 5º minuto e 89% (24) com apgar acima de 7 no 5º minuto de vida. Um percentual relativamente baixo em relação ao número de parto vaginal sem distorcia com evolução satisfatória 81% (117), pois apenas 5% (6) apgar abaixo de 7 no 5º minuto e 95% (111) com apgar acima de 7 no 5º minuto.

Esta unidade possui quatro enfermarias pós-parto com sete leitos em alojamento conjunto, uma enfermaria pré-parto com três leitos e um banheiro, sala de parto, na qual tem um berço aquecido. Possui também um berçário com dois berços aquecidos e uma incubadora.

A equipe responsável pela assistência ao parto é formada por um médico obstetra, um pediatra, um fisioterapeuta, duas técnicas de enfermagem e um enfermeiro obstetra. Em média acontecem 144 partos no mês.

Em março de 1995, a instituição recebeu o título de Hospital Amigo da Criança, entregue pelo Ministro da Saúde, reconhecendo-a nacionalmente como uma unidade de saúde em excelência no cuidado da mulher e na qualidade da amamentação. Desde então, vem se atualizando e mantendo o título.

Esta Maternidade situa-se no município de São Luís, MA. Foi fundada em 10 de março de 1994, entidade filantrópica, reconhecida de utilidade pública federal pelo Decreto Federal de 26.12.96 (DOU 251 de 27.12.96), Estadual pela Lei n. 6007 de 19.07.94 e Municipal pela Lei n. 3.540 de 10.07.96.

#### **4. JUSTIFICATIVA**

Sendo assim, com base na problemática e como parte do quadro de profissionais que assistência ao parto nesta instituição, sugere-se como proposta de intervenção, implantar um protocolo de assistência ao parto humanizado voltado para a equipe multiprofissional, um instrumento de ação na assistência ao parto e na comunicação da equipe de saúde.

Com a forma esquemática do protocolo adotado, pretende-se facilitar o processo na tomada de decisão de cada profissional no atendimento obstétrico e perinatal.

#### **5. REFERENCIAL TEÓRICO**

A qualidade da assistência obstétrica e neonatal, entre outros recursos, depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado, pois a vulnerabilidade social de mulheres e de crianças a algumas situações de risco é comprovadamente um fator determinante de sua morbimortalidade, com destaque para as mortes maternas e neonatais. É necessário que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas recebam todo o atendimento a que têm direito visando à redução dos agravos decorrentes das complicações da gravidez, do parto e do puerpério (BRASIL, 2014).

Conforme Brasil (2015a, p. 04):

O parto é um dos momentos mais importantes na vida de uma mulher e de sua família e nós acreditamos que, ao fornecer informações qualificadas à mulher, ao informá-la sobre os riscos que podem ser gerados em decorrência de um procedimento cirúrgico desnecessário, ela estará mais segura na decisão em relação ao seu parto, escolhendo o melhor para sua saúde e a de seu bebê [...].

Sendo assim, a gravidez não deve ser tratada como doença e sim como expressão de saúde, e o nascimento como processo fisiológico e natural. Intervenções desnecessárias, sem embasamento científico, devem ser evitadas, já que existe um grande corpo de evidências demonstrando que a facilitação do processo natural do nascimento, permitindo que ocorra de acordo com suas características normais, pode originar melhores resultados maternos e perinatais. Para o autor, apenas em raras ocasiões podem surgir complicações que justifiquem a adoção de intervenções, os controles maternos e fetais periódicos com avaliação contínua determinara a detecção precoce de passíveis intercorrências. Ademais, nada justifica qualquer tipo de intervenção nesse processo (BRASIL, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), morte materna é todo falecimento causado por problemas relacionados à gravidez ou ao parto ocorrido até 42 dias depois. A OMS considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos, entre 20 e 49 mortes o índice é considerado médio, entre 50 e 149 mortes é alto e, acima de 150, muito alto. No Brasil, a taxa oficial de mortalidade materna é de 62 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. Tem-se observado uma queda em relação ao ano de 2004, com 75% de casos (CUNHARY, 2004; CARNEIRO, 2015).

A Febrasgo (2015), estima que meio milhão de mortes maternas anuais, cerca de 99% ocorrem em países em desenvolvimento. Uma proporção desconhecida destas segue-se a um trabalho de parto prolongado devido a uma desproporção céfalo-pélvica, que pode resultar em um trabalho de parto obstruído, desidratação da gestante, ruptura uterina e fístula obstétrica (e também, mas de maneira indireta, em hemorragia pós-parto e infecção neonatal). O trabalho de parto obstruído, com ou sem ruptura uterina, aparece entre as cinco maiores causas da mortalidade e morbidade materna em quase todos os países em desenvolvimento. Muitas vezes isso acontece em sua maioria por falta de atendimento obstétrico nos países pobres, segundo o Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP). Estima-se que 40% das mulheres que vivem nos países em desenvolvimento dão à luz sem assistência assistida de qualidade.

Cerca de 96% dos partos no Brasil se realizam em ambiente hospitalar e 98% das mulheres passam ao menos por uma consulta de pré-natal, sendo assim, o problema está mais na qualidade da atenção do que no acesso. As causas são evitáveis, possíveis de serem resolvidas, segundo a literatura (BATALHA, 2013).

Em 2013, 1.567 mil mulheres morreram no Brasil por complicações ao dar à luz, durante ou após a gestação ou causadas por sua interrupção (CARNEIRO, 2015).

Batalha (2013) e Carneiro (2015) ressaltam a média de cesárias realizada por ano no Brasil é de 46,6%. A OMS recomenda 15%. Na rede privada, a taxa chega a 85%, é o mais alto do mundo. Destes partos, estima-se que de 70% a 80% sejam cesariana eletiva, em que a mulher sequer chegou a entrar em trabalho de parto e a data do nascimento é agendado previamente. Medicalização abusiva é o termo que define a situação, mencionado pelos autores. Os riscos de uma cesariana envolve risco de ruptura uterina aumentada no próximo parto, por isso muitas vezes é indicado quase em absoluto à probabilidade do próximo parto evoluir para uma cesariana, além de maior risco de trombose e doenças correlatas incluindo embolia pulmonar, infecção hospitalar e maior dificuldade de recuperação, entre muitos outros fatores.

O alto índice de cesarianas eletivas seria consequência de uma espécie de fuga, por parte da mulher centrada ao paradigma imposto pela sociedade e por ela estereotipado, em ser um atendimento inadequado ao parto normal/natural, com excesso de intervenções e sem respeito aos mecanismos fisiológicos femininos (DOMINGUEEZ, 2012).

O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento. As principais causas de óbitos segundo a literatura são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde. Pois, cerca de 62 mulheres em cada 100 mil parturientes morrem no Brasil em decorrência do parto, e esse número pode ser maior devido à notificação incorreta (BATALHA, 2013; LANSKY et al., 2014).

A taxa de mortalidade infantil no Brasil em 2011 foi 15,3 por mil nascidos vivos, alcançando a meta 04 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), compromisso dos governos integrantes das Nações Unidas (ONU) de melhorar a saúde infantil e reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre 1990 e 2015. Enquanto o país tem muito a comemorar em termos de redução da mortalidade infantil, diretamente ligada a uma melhora nos determinantes sociais, aliada a iniciativas bem sucedidas e de longo prazo de promoção da



amamentação, hidratação oral e imunizações, por sua vez, a redução da mortalidade materna (causada por complicações decorrentes da gravidez) é um desafio que persiste, pois, conforme as estimativas, a queda está em ritmo lento. Na última década, enquanto no mundo a redução anual foi de 3,6%, o ritmo no Brasil foi de 0,3%. Por isso, o ritmo de queda provavelmente não será suficiente para que o país alcance até o fim deste ano (2015) o ODM de reduzir em 2/3 o número de óbitos de mulheres na gravidez, parto e puerpério, ou seja, uma taxa de 35 mortes por 100 mil nascimentos (LANSKY et al., 2014; CARNEIRO, 2015).

Para Carneiro (2015), ainda que seja lento a redução da mortalidade materna, esse avanço é considerado significativo, pois indica uma melhoria do sistema, qualidade da informação, equipes fortalecidas dentro do hospital e um pré-natal melhor assistido, e isso ressalta-se devido as ações que vêm sendo tomadas pelo MS, sobretudo dentro da Rede Cegonha, criada em 2011.

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, visando implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (DOMINGUEZ, 2012).

[...] Representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: (i) no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento; (ii) na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto; (iii) na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades; (iv) na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades); (v) na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico; e (vi) na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê) (BRASIL, 2012b, pag. 15).

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade. Tem como princípios a humanização do parto e do nascimento, com ampliação das “*ppler*” baseadas em evidência, a organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS), o acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção, o vinculação da gestante à maternidade, a gestante não peregrina, a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2012a).

Dentre os componentes da Rede Cegonha esta o pré-natal, o parto e nascimento, o puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação). Todos estes componentes contam com a parceria de Estados, do Distrito Federal e de Municípios para suas qualificações (BRASIL, 2015d).

Para Dominguez (2012), esse processo enfrenta desafios. Inicialmente, os gestores estão correndo atrás de incentivos e recursos, que são mesmo necessários para se qualificar a rede, mas é difícil mudar a cultura da cesárea e tornar predominante o modelo de atenção ao parto e ao nascimento que se propõe. Para o autor, é um desafio porque inverte relações de poder e a lógica organizacional das maternidades.

Engajados nessa nova perspectiva e com essa grande movimentação no país, os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto, sob a ótica da rede cegonha começaram a olhar o processo de parto de forma diferente, conduzido de acordo com as boas práticas preconizadas pelo MS: ambiente seguro e acolhedor, com todos os direitos da mãe e do bebê, como a presença de acompanhante na sala, previstos em lei respeitados.

Hoje, os profissionais buscam a valorização e o fortalecimento da dignidade da mulher, aumentando a sua autoestima e encorajando a sua participação no planejamento do seu cuidado. Deixam claro para ela que suas visões e desejos são importantes e serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para seu recém-nascido, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade. Manifestações de julgamento e censura em relação aos seus atos devem ser evitadas e assim encorajando-a a manifestar suas angústias e ansiedades, sempre cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a respeitem como ser humano e cidadã plena de direitos (BRASIL, 2014).

Conforme Brasil (2014), evidências científicas têm demonstrado que o uso rotineiro de práticas já consideradas obsoletas pelas evidências atuais tem sido evitado. Apenas aquelas práticas validadas pela melhor evidência científica disponível devem ser adotadas, aliando a arte com a ciência, visando a um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o mínimo de intervenções necessárias, afirma o autor.

Muitos resultados adversos relacionados à mortalidade e à morbidade materna e perinatal têm sua origem em um trabalho em equipe fraco e desarticulado (BRASIL, 2015b).

Segundo validação por estudos científicos a equipe multiprofissional que compartilha de uma mesma filosofia de trabalho em equipe proporciona resultados na melhoria dos indicadores de saúde, sobretudo maternos e neonatais (BRASIL, 2015b).

A equipe multiprofissional é, hoje, uma realidade verdadeira e necessária em todos os espaços onde se praticam ações que visam melhorar a qualidade de saúde e de vida das populações.

Peduzzi (2008) especifica equipe multiprofissional como um grupo com diferentes especializações funcionais que trabalham para alcançar um objetivo comum, favorece a articulação do conhecimento de várias áreas com os seus saberes e os seus fazeres, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, melhorar a prática. O trabalho de cada área profissional é apreendido como conjunto de atribuições, tarefas ou atividades, com enfoque na realidade dada.

Para Carneiro (2015), é necessário que as instituições conveniadas ao SUS estabeleçam um protocolo de assistência ao parto pela equipe multiprofissional para que cada membro tenha autonomia sobre sua real função, e assim, atuar de forma conjunta e coesa possibilitando a todas as categorias atuar de forma a contribuir para melhorar os resultados, visando assim um trabalho integrado em equipe carecendo favorecer da utilização racional dos recursos humanos disponíveis, somando diversos saberes e habilidades. Deverá se tornar, portanto, uma prática constante na assistência.

Diante disso, a questão é como fazê-la funcionar de modo homogêneo, democrático, agregador e cooperativo. Para o trabalho da equipe, três fatores devem ser abordados: capacitação profissional, a interface do trabalho dos profissionais e a autonomia dos profissionais. O profissional de saúde deve ter absoluta autonomia de trabalho naquilo que é claramente de sua área de competência, não podendo um ser tutorado ou comandado pelo outro. Com o trabalho de equipe, o conjunto dos profissionais deve estabelecer o fluxo e a inter-relação das ações. Com isso, identifica-se que é preciso expandir esse serviço por todas as unidades públicas de saúde, para que todas as gestantes possam ser beneficiadas por esse tipo de assistência, para que possam ter um período gestacional, parto e puerpério com qualidade de vida e saúde, melhorando assim os indicadores de qualidade na saúde (VELLOSO, 2009).

Dentro do protocolo de assistência ao parto humanizado pela equipe multiprofissional deve conter o partograma, um documento hoje, obrigatório pelo SUS (BRASIL, 2015c).

Foi idealizado pela OMS em 1992, tornando-se indispensável nas maternidades a partir de 1994, como forma de acompanhar todas as etapas do trabalho de parto em uma gestante, porem na época, não aderidas em sua totalidade por profissionais devido às limitações de recursos humanos e à estrutura do sistema de saúde (TORTURELLA, 2014).

Assim, O MS e ANS anunciaram, em janeiro de 2015 através da resolução normativa nº 368, uma série de medidas que integra um pacote de resoluções para estimular a realização de partos normais e reduzir o alto índice de cesáreas desnecessárias no País. Entre elas o registro forçoso do partograma, um instrumento barato, efetivo e prático, pois, permite monitorar e documentar a evolução do trabalho de parto nos seus parâmetros principais como a dilatação do colo uterino, o bem-estar fetal, a avaliação do líquido amniótico, o uso da ocitocina e a analgesia. Identificando alterações no partograma e reconhecida a etiologia dar-se-á tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios. Obviamente que esta ferramenta não deve ser usada isoladamente, pois a despeito da literatura, há de se considerar a singularidade de cada pessoa no trabalho de parto e parto e todas as interfaces envolvidas neste processo (BRASIL, 2015a; MOUTA et al., 2014).

Portanto, o partograma é a representação gráfica do trabalho de parto com intuito de evitar a utilização de intervenções desnecessárias. Pois, segundo a OMS, o parto é um processo fisiológico que requer pouca intervenção. Esse instrumento possibilita uma avaliação posterior sobre a real necessidade de uma cesárea. O partograma passou a ser obrigatório a partir do dia 5 de julho deste ano no SUS como parte do protocolo de assistência ao parto humanizado e deve seguir o preenchimento padrão da OMS (BRASIL, 2015c; FEBRASGO, 2015).

A cesariana, quando não tem indicação, ocasiona riscos desnecessários à saúde da mulher e do bebê e triplica o risco de morte da mãe como já visto anteriormente. Cesáreas agendadas aumentam 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido e se trata da principal causa do encaminhamento de bebês para UTIs neonatais. Cerca de 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis no Brasil estão relacionados a prematuridade (BRASIL, 2015a).

[...] Realizar uma cesariana marcada, ainda que seja em uma idade gestacional mais avançada, com 39 ou 40 semanas, não significa que o bebê está pronto para nascer. Talvez aquele bebê precisasse de mais tempo para estar completamente maduro. Quando não ocorre o trabalho de parto, o bebê não tem o seu tempo respeitado (BRASIL, 2015c).

Além do SUS, as novas regras, passam também a ser obrigatórias para a saúde suplementar. Atualmente, 23,7 milhões de mulheres são beneficiárias de planos de assistência médica com atendimento obstétrico no país, público-alvo dessas medidas. A resolução normativa nº 368, entrou em vigor dia 05 de julho de 2015 (BRASIL, 2015a).

A desinformação sobre o que pode acontecer no processo do trabalho de parto e parto ainda é o elo sobre o receio das mulheres em relação às dores do parto. E foi para minimizar essa insegurança que a política de humanização voltada para o parto e nascimento sob o olhar da estratégia rede cegonha visa desmistificar sobre o receio de sentir dor. Hoje, as diretrizes da rede cegonha evidencia que há várias técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Portanto, o primeiro passo é buscar e fornecer informações, ainda durante a gravidez (SEI, 2014).

No Brasil, o movimento de humanização do parto ambiciona qualificar o acompanhamento da atenção à mulher, tornando-a protagonista e o recém-nascido ter um nascimento respeitoso e digno, além de demandar também a experiência profissional da equipe estar atualizada, treinada e disponível em tempo integral para esse atendimento.

Enfim, o objetivo de um parto assistido com assistência de qualidade pela equipe multiprofissional busca além de práticas que padronizam a conduta, uma melhor condução do trabalho de parto, visando melhorar a qualidade da assistência prestada. Esse é o protocolo proposto.

## **6. PÚBLICO ALVO**

a) Equipes do setor envolvido (Médico Obstetra, Enfermeiro Obstetra, Médico Neonatologista, Fisioterapeuta, Técnico em Enfermagem, Psicólogo, Assistente Social e Operacionais).

## **7. OBJETIVOS**

### **7.1 Geral**

Implantar protocolo de assistência ao parto humanizado voltado para equipe multiprofissional em uma instituição de saúde vinculada ao SUS que presta assistência ao parto no município de São Luís- MA.

## **7.2 Específicos**

- a) Elaborar o protocolo de assistência com a participação dos profissionais envolvidos na assistência;
- b) Realizar treinamento para a equipe multiprofissional com vistas ao atendimento humanizado;
- c) Realizar um treinamento para médicos e enfermeiros obstetras sobre o partograma;
- d) Garantir autonomia/respaldo nas realizações das atividades de cada profissional inserido nesse contexto.

## **8. METAS**

- Sensibilizar 80% dos profissionais sobre a importância da inserção do protocolo de assistência ao parto humanizado voltado para a equipe multiprofissional, visando uma assistência integral e de qualidade;
- Contribuir para a promoção do parto e nascimento humanizado;
- Redução de partos cesarianos;
- Formalizar a atenção prestada por cada profissional por meio do protocolo de assistência implantado.

## **9. METODOLOGIA**

### **9.1 Cenário de intervenção**

Será realizado na instituição de saúde Maternidade Maria do Amparo no município de São Luís- MA.

O município de São Luís-MA, é um dos municípios que integram a ilha de São Luís. Localiza-se na ilha do Maranhão, ao norte do Estado do Maranhão. Possui uma área de 3.578,274km<sup>2</sup> e uma população estimada de 1.496,100 habitantes conforme o Censo 2014 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

## 9.2 Período de desenvolvimento do plano

- Julho a dezembro de 2015

## 9.3 Participantes da intervenção

- Equipes do setor envolvido

## 9.4 Estratégias e ações

- Formar um grupo composto por equipe multiprofissional referência da Maternidade Maria do Amparo, que trabalham diretamente com parturientes para a construção do protocolo de assistência ao parto humanizado.

- Serão 04 encontros durante o período de novembro a dezembro de 2015;

O primeiro encontro será com o gestor e chefia de enfermagem para apresentação e validação da proposta de implantação de protocolo, convocados formalmente através de carta convite (APÊNDICE A) explicitando o devido interesse e/ou importância do comparecimento.

O segundo encontro com enfermeiras obstetras. Esse segundo momento foi ideal para se pensar na escolha de um representante de cada categoria profissional para compor o grupo que ficara responsável pela construção do protocolo, inclusive a categoria enfermeira obstetra (ANEXO B).

No terceiro encontro será apresentado o protocolo proposto ao grupo responsável pela construção do protocolo, ou seja, a cada representante das categorias profissionais, também convocados formalmente através de carta convite (APÊNDICE A) explicitando o devido interesse e/ou importância do comparecimento.

A ideia é que juntos tenha-se um pensamento de colaboração e desenvolvimento contínuo buscando soluções para a construção do protocolo com faceta nos desafios, objetivando superar o modelo tradicional por uma assistência de qualidade como novo conceito. Nesse momento, todos os participantes do grupo deverão descrever como é realizada a sua assistência com as parturientes e seus acompanhantes durante todo o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto. Ficando aberto o espaço à reflexão e sugestões para o próximo encontro enquanto contribuição do perfil de cada categoria profissional.

No quarto encontro deverá ser exposto opiniões a respeito de suas atribuições conforme categoria profissional.

Serão realizadas palestras, abordando temáticas relacionadas com a humanização ao parto, de acordo com as práticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde – MS e que deve ser incentivada por toda a equipe que presta assistência à gestante:

- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto e ao término do processo de nascimento;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Aos profissionais médicos e enfermeiros (as) obstetras: a importância de constar no prontuário o registro do partograma.

Este estudo atende aos aspectos éticos e legais permitindo autorização dos profissionais para o uso de sua imagem conforme ANEXO A.

## **9.5 Resultados esperados**

Espera-se a adesão da estratégia do protocolo de assistência ao parto humanizado pela equipe multiprofissional

## **9.6 Parceiros e/ou instituições apoiadoras**

- Gestor
- Chefia de enfermagem
- Um profissional da educação continuada
- Um representante de cada categoria profissional



## 10. CRONOGRAMA

| ATIVIDADES               | Maio | Junho | Julho | Ago. | Set. | Out. | Nov. | Dez. | Jan. | Fev. |
|--------------------------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|
|                          | 2015 | 2015  | 2015  | 2015 | 2015 | 2015 | 2015 | 2015 | 2016 | 2016 |
| Levantamento do problema | x    |       |       |      |      |      |      |      |      |      |
| Introdução               |      | x     |       |      |      |      |      |      |      |      |
| Objetivos                |      | x     |       |      |      |      |      |      |      |      |
| Revisão de Literatura    |      | x     | x     | x    |      |      |      |      |      |      |
| Metodologia              |      | x     |       |      |      |      |      |      |      |      |
| Qualificação do projeto  |      |       |       |      | x    | x    |      |      |      |      |
| Defesa do projeto        |      |       |       |      |      |      | x    |      |      |      |
| Execução do projeto      |      |       |       |      |      |      | x    | x    | x    |      |
| Avaliação do projeto     |      |       |       |      |      |      |      |      |      | x    |

## 11. ORÇAMENTO E RECURSOS HUMANOS

| RECURSOS HUMANOS                |  |            |                      |                   |
|---------------------------------|--|------------|----------------------|-------------------|
| 01                              | Profissional da educação continuada          |            |                      |                   |
| 01                              | Representante de cada categoria profissional |            |                      |                   |
| ORÇAMENTO (MATERIAL DE CONSUMO) |  |            |                      |                   |
| Item                            | Discriminação                                | Quantidade | Valor unitário (R\$) | Valor total (R\$) |
| 01                              | Papel A4 - Resma                             | 01         | 7,00                 | 7,00              |
| 02                              | Lápis preto                                  | 15         | 1,00                 | 15,00             |
| 03                              | Caneta esferográfica azul                    | 10         | 2,00                 | 20,00             |
| 04                              | Xerox  | 60         | 0,10                 | 6,00              |
| 05                              | Encadernação                                 | 02         | 2,00                 | 4,00              |

Fonte: Financiamento por conta do pesquisador

## 12. AVALIAÇÃO/MONITORAMENTO DA INTERVENÇÃO

Fazer um último encontro, durante o mês de fevereiro, solicitando que todos os participantes do grupo descrevam novamente como é a sua assistência prestada para as parturientes hoje e quais as mudanças que ocorreram para os profissionais com este novo modelo de assistência.

Realizar um levantamento de prontuário no mês fevereiro do mês anterior (período de execução) para sancionar o cumprimento do partograma pelos profissionais que possuem essa atribuição.

Aplicação de questionário qualitativo às puérperas (50%), no 2º dia de puerpério no mês de fevereiro sobre a experiência vivenciada no trabalho de parto, parto e pós-parto (APÊNDICE B).

## 13. RESULTADOS PRELIMINARES

O projeto de intervenção tem como resultado preliminar baseado na primeira e segunda etapa de estratégias e ações, a apresentação e validação da proposta de implantação de protocolo de assistência ao parto humanizado pela equipe multiprofissional ao gestor, chefia de enfermagem e enfermeiras obstetras. Nesse segundo momento iniciou-se a elaboração da atribuição do enfermeiro (a) obstetra como parte do protocolo, seguindo todos os passos conforme respaldo previsto em Lei, portarias e resoluções que legitimam a atuação do (a) enfermeiro (a) na atenção ao parto e nascimento, no âmbito do SUS, regulamentando o exercício da enfermagem obstétrica no País (ANEXO C).



## REFERÊNCIAS

BATALHA, E. Parto e nascimento com cidadania. **Rev. Radis**, Fiocruz: Rio de Janeiro, n. 116, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde - ANS. ANS publica resolução para estimular parto normal na saúde suplementar. Rio de Janeiro, jul., 2015a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/2923-entram-em-vigor-novas-regras-sobre-parto-na-saude-suplementar>>. Acesso em 23 de julho de 2015.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica - DAB. **Rede Cegonha**. Portal da Saúde. 2012a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php)>. Acesso em 31 de julho de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. **Cad. Humaniza SUS**. Brasília, DF: MS, v. 4, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto Normal**: Entenda a utilização do Partograma. Blog Saúde Ministério da Saúde. Brasília, jan., 2015c. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/35079-parto-normal-entenda-a-utilizacao-do-partograma>>. Acesso em: 08 de julho de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto normal fortalece a saúde do bebê**. Portal do Planalto. Brasília, DF: MS, jan./2015b. Disponível em: <<http://blog.planalto.gov.br/parto-normal-fortalece-a-saude-do-bebe/>>. Acesso em: 17 de agosto de 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico. **Gestação de alto risco**. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: MS, n. 32, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: MS, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em 18 de agosto de 2015.

\_\_\_\_\_. Portal Brasil. **Rede cegonha oferece atendimento humanizado para gestantes**. Brasília, DF: MS, 2015d. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/03/rede-cegonha-oferece-atendimento-humanizado-para-gestantes>>. Acesso em: 20 de agosto de 2015.

CARNEIRO, J. D. Moralidade Materna cai no Brasil, mas não atingira meta da ONU. **Rev. BBC BRASIL**. Rio de Janeiro, mar., 2015. Disponível em: <[http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150306\\_mortalidade\\_materna\\_jc\\_ru](http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150306_mortalidade_materna_jc_ru)>. Acesso em 26 de julho de 2015.

CUNHARY, I. Morte materna uma tragédia que pode e deve ser evitada. **Rede Mulher**. Brasília, DF, n. 56, abr./jun., 2004. Disponível em: <<http://www.redemulher.org.br/instit1.htm>>. Acesso em: 18 de julho de 2015.

DOMINGUEEZ, B. Rede Cegonha: desafio de um novo modelo de atenção. **Rev. Radis**, Fiocruz: Rio de Janeiro, n. 118, 2012.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Entenda o que é partograma**. Belo Horizonte, jan., 2015. Disponível em <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=10298>>. Acesso em 25 de julho de 2015.

FERNANDES, T. Rotina desnecessária e perigosa: várias práticas adotadas com frequência por médicos durante os partos normais no Brasil são condenadas por órgãos internacionais de saúde. Seu uso sem critério pode expor gestantes e bebês a maiores riscos. **Instituto Ciência Hoje**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://cienciahoje.uol.com.br/especiais/por-um-parto-seguro/rotina-desnecessaria-e-perigosa>>. Acesso em 20 de agosto de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem da população 2014**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2014/popmunic2014layoutTCU14112014.pdf>>. Acesso em: 15 junho de 2015.

LANSKY et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em 13 de agosto de 2015.

MARQUES, I. R.; SILVA, S. L. Análise do registro de dados obstétricos em prontuários. **Cogitare Enfermagem**. Abr/Jun; v. 12, n. 2, abr/jun., 2007. Disponível em <[file:///C:/Users/cliente/Documents/Downloads/6937-30393-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/cliente/Documents/Downloads/6937-30393-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em 22 de agosto de 2015.

MEDINA L, Edymara Tatagiba; AZEVEDO, Eila Gomes Ferreira. **Tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica**, 2006. Disponível em: <<http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/162.pdf>>. Acesso em 10 de julho de 2015.

MOEHLECKE, Renata. Percentual de cesáreas no Maranhão está acima do recomendado pela OMS. **Agencia Fiocruz de Noticia**. Rio de Janeiro, ago., 2012.

MOUTA et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev. Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 02, 2008.

RODRIGUES, Paloma. Parto normal ou cesárea?: O Brasil é o país do mundo que mais realiza cesarianas. Entenda as novas medidas do governo para reverter o quadro e porque o parto normal é mais indicado. **Carta Capital**, jan., 2015.

TORTURELLA, Igor. Entendendo o partograma. **Rev Widoctor**. Juiz de Fora: MG , maio de 2014.

SEI, Marisa. Desmistificando o PARTO HUMANIZADO. **Revista na mochila**, 2014. Disponível em: <<http://www.revistanamochila.com/#!/Desmistificando-o-PARTO-HUMANIZADO/ch6p/979C2122-4F4F-4940-B18A-7CF73FF5AE31>>. Acesso em 15 de julho de 2015.

VELLOSO, C. Equipe multiprofissional de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2009. Disponível em: [http://www.confef.org.br/revistasWeb/n17/09\\_EQUIPE\\_MULTIPROFISSIONAL\\_DE\\_SAUDE.pdf](http://www.confef.org.br/revistasWeb/n17/09_EQUIPE_MULTIPROFISSIONAL_DE_SAUDE.pdf). Acesso em: 18 de agosto de 2015.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – CARTA CONVITE

# CONVITE

**vamos fortalecer nossos laços?**



MATERNIDADE  
MARIA DO  
AMPARO

Você é o nosso convidado Especial para participar da reunião referente à proposta de “implantação do protocolo de assistência ao parto humanizado pela equipe multiprofissional”

Data: 05/11

Horário: 14:00

Local: Maternidade Maria do Amparo (Setor de Reuniões)

*Sua presença é muito importante para darmos continuidade na qualidade de assistência ao atendimento.*

Atenciosamente,

*Valéria Ribeiro*  
Enfermeira

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO****ENTREVISTA (PUÉRPERA)**

1. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no TP foi de acordo com as suas expectativas?  
 SIM  NÃO  
Por quê?
  
2. A qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde no momento do Parto foi de acordo com as suas expectativas?  
 SIM  NÃO  
Por quê?
  
3. Você acha importante a presença do acompanhante no TP e Parto?  
 SIM  NÃO  
Por quê?
  
4. Já fez outros partos?  
 SIM, quantos   NÃO
  
5. Percebeu alguma diferença deste parto para os anteriores?
  
6. Como você avalia as orientações que tem recebido sobre como se cuidar (orientações sobre higiene, alimentação, amamentação)?



**ANEXOS**

## ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

### TERMOS DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, (nome do fotografado) \_\_\_\_\_,  
 (nacionalidade)\_\_\_\_\_, (estado civil)\_\_\_\_\_,  
 (profissão)\_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade sob RG  
 nº\_\_\_\_\_, inscrito no CPF \_\_\_\_\_, residente na Rua  
 \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, na cidade de  
 \_\_\_\_\_ e endereço de e-mail \_\_\_\_\_,

**AUTORIZO O USO GRATUITO** de minha imagem fotografada no evento **PROJETO DE INTERVENÇÃO**, conjuntamente pela empresa **MATERNIDADE MARIA DO AMPARO**, doravante denominada “Organizadora”, autorizando a exposição, publicação, reprodução da minha imagem fotografada não somente na Internet, mas em e por qualquer meio, mídia, sem limite de publicação, e por tempo indeterminado, para o único fim de divulgação do Evento **PROJETO DE INTERVENÇÃO**, não estando a Organizadora obrigada a mencionar, sob qualquer forma, o meu nome e demais dados pessoais, em tempo algum.

A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso de imagem acima mencionada em todo o território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2015

---

Nome do fotografado



## ANEXO B – ATA DE REUNIÃO

### ATA DE REUNIÃO

1ª Reunião de grupo da Equipe Multiprofissional da Maternidade Maria do Amparo

São Luís - MA 05/11/2015

Versão 1.0

#### 1. Identificação da reunião:

| Data       | Horário | Local           | Coordenador da reunião |
|------------|---------|-----------------|------------------------|
| 05/11/2015 | 14:00   | Maria do Amparo | Enfermeira Valéria     |

#### 2. Objetivos

Proposta de intervenção: Implantar um protocolo de assistência ao parto humanizado voltado para a equipe multiprofissional.

#### 3. Descrição

Apresentação ao gestor e chefia de enfermagem para a validação da proposta e posteriormente com enfermeiras obstetras para apresentação da proposta.

| Nome | Email |
|------|-------|
|      |       |
|      |       |
|      |       |
|      |       |

#### 4. Discussão da pauta (Propostas do grupo, discussão e decisões)

---

---

---

---

---

---

---

#### 5. Fechamento da ata

| Data       | Assinatura |
|------------|------------|
| 05/11/2015 |            |
|            |            |

## ANEXO C - ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA<sup>1</sup> OBSTETRA

### 1. ATRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA<sup>1</sup> OBSTETRA (Anexo A).

- Liderar a equipe de enfermagem na prestação de assistência ao nascimento e parto no Centro Obstétrico (CO);
- Após admissão e diagnóstico, realizar a prescrição de enfermagem e quando necessário acompanhar o trabalho de parto através do partograma;
- Trabalhar de maneira harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional;
- Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à clientela e ao acompanhante;
- Realizar exame obstétrico;
- Realizar toque vaginal de acordo com a evolução do trabalho de parto 3/3 horas;
- Verificar padrões das contrações uterinas (1/1h) e dos batimentos cardíacos (BCF) (30/30min), registrando-os;
- Orientar a mulher e seu acompanhante a respeito do seu trabalho de parto e informar o motivo dos procedimentos;
- Explicar para a parturiente a importância do uso das tecnologias para o alívio da dor para diminuir os desconfortos das contrações e abreviar o trabalho de parto;
- Esclarecer e ajudar a parturiente na escolha da posição do parto;
- Realizar avaliação clínico-obstétrica e assistir ao parto de evolução fisiológica e ao recém-nascido de risco habitual;
- Solicitar a presença do neonatologista na hora do parto, com antecedência ideal;
- Enxugar o RN, convidando o acompanhante a ajudar no contato pele a pele com a mãe, após o nascimento, facilitando a interação entre mãe e filho;

---

<sup>1</sup>Neste protocolo, utilizei o termo enfermeira para representar os dois sexos, tendo em vista que historicamente, a mulher ocupa o maior contingente na profissão.

- Ao detectarem distorcias e ou anormalidades no primeiro, e segundo e terceiro períodos do parto, deve comunicar ao médico plantonista para tomada de providências e auxiliam na remoção da mulher para o Centro Cirúrgico da referida Instituição, caso seja necessário (Vide quadro em anexo I, II e III).
- Prestarão assistência de enfermagem às puérperas no período de greemberg, estimulando o contato pele a pele e a manutenção do AMEx (Aleitamento Materno Exclusivo). Ao Identificar as intercorrências comunicar a equipe médica de plantão;
- Prestar assistência imediata aos recém-nascidos normais, nos casos de urgência instituirão manobras básicas de reanimação neonatal, segundo protocolos da Sociedade Brasileira de Pediatria, enquanto aguarda o neonatologista;

### **1.1 Critérios para a assistência da enfermeira obstétrica no CO**

**a. Gestante de risco habitual com idade gestacional de 37 a 41s e 6d, com os seguintes parâmetros:**

1. Gestação única;
2. Apresentação cefálica fletida;
3. BCF dentro da normalidade (entre 110 bmp e 160 bmp, sem desacelerações após a contração) (NICE, 2007).
4. Gestante com ou sem pré-natal, com os exames dentro da normalidade.

**b. Gestantes com intercorrências clínicas ou obstétricas, atuais ou progressas, com o cuidado em parceria com a equipe obstétrica médica, como:**

1. Líquido amniótico meconial fluído em fase final do trabalho de parto, sem alteração da vitalidade fetal;
2. Gestante em trabalho de parto com cesariana anterior há 2 anos ou mais.
3. Sífilis tratada na gestação.

## **1.2 Condutas do Enfermeiro Obstetra no Pré-Parto**

### **1.2.1 Diagnóstico de trabalho de parto (TP)**

Presença de contrações uterinas em intervalos regulares, que aumentam progressivamente em termos de frequência e intensidade, com o passar do tempo e são concomitantes ao apagamento (esvaecimento) e dilatação progressivos do colo uterino. No início da fase ativa do TP a dilatação do colo uterino é aproximadamente 04 (quatro) centímetros.

### **1.2.2 Exercícios preparatórios para o parto (Anexo B)**

#### **• Deambulação**

É indicada para aliviar o tempo de trabalho de parto, favorecer a descida da apresentação e diminuir as dores lombares. Quando a parturiente tem a indicação de deambulação, o acompanhante após orientação prévia tem um papel fundamental de estímulo e incentivo à parturiente neste processo. Na ausência do acompanhante, é solicitada a presença da equipe de enfermagem (Auxiliar de Enfermagem/Estagiário de Enfermagem ou quando possível do Enfermeiro Obstetra).

#### **• Movimentação**

Relaxa a tensão muscular da região pélvica, favorece a rotação e a descida da apresentação. Deve ser estimulada durante o banho e a deambulação. Consiste em orientar a mulher a executar balanço pélvico (bambolê), exercício com bola, cavalinho e de agachamento.

### **1.2.3 Estímulo às eliminações**

#### **• Diurese**

A parturiente é estimulada espontaneamente durante o trabalho de parto, com o objetivo de diminuir a presença de retenção urinária e desconforto nas contrações.

#### **• Evacuação**

A parturiente é estimulada espontaneamente durante o trabalho de parto, favorecendo o encaixamento da apresentação e a redução da presença de fezes no parto. Não é utilizada lavagem intestinal.

### **1.2.4 Cardiotocografia**

Deverá ser realizada nas parturientes com indicação médica.

### **1.2.5 Exercícios respiratórios**

Promove e restitui o autocontrole e a oxigenação materno fetal. A parturiente deverá fazer a respiração espontânea, caso ela não consiga, será orientada a realizar a respiração abdominal profunda após as contrações, objetivando o relaxamento e a reoxigenação da placenta.

### **1.2.6 Banhos de relaxamento**

O banho é estimulado, tanto de aspensão como o de imersão. O banho favorece a circulação, diminui o desconforto, regula as contrações, promove o relaxamento e diminui o tempo do trabalho de parto.

#### Indicações:

- Todas as parturientes com trabalho de parto prolongado;
- Parturientes adolescentes;
- Parturientes descompensadas;
- Parturientes com Parto Cesário anterior.

#### Contraindicações:

- Parturientes com membranas rotas;
- Parturientes com hipotensão;
- Primíparas com cérvico-dilatação maior ou igual a 9 cm;
- Multíparas com cérvico-dilatação maior ou igual a 8 cm;
- Grandes multíparas com cérvico-dilatação maior ou igual a 7 cm.

#### Normas:

- É necessária a presença de acompanhante ou do auxiliar de enfermagem durante o banho;
- As prescrições de banho terapêutico são feitas para as parturientes em Trabalho de Parto, com duração de 50/60 minutos após 5/6 cm, se a parturiente suportar e/ou desejar.

### **1.2.7 Administração de medicações**

- O acesso venoso não é puncionado de rotina para permeabilidade de venóclise.

A punção venosa somente é realizada quando houver indicação médica.

- A prescrição de ocitocina ocorrerá somente nos casos de falta de D.U (dinâmica uterina) compatível com a fase do trabalho de parto ou com indicação patológica.
- As medicações são utilizadas, de acordo com protocolo institucional, quando as condutas humanizadas não obtiverem sucesso.

#### Normas:

- Será realizado 10UI intramuscular de ocitocina, após o desprendimento do ombro do RN, como profilaxia de hemorragia pós-parto

## **1.3 Condutas do Enfermeiro Obstetra no Trabalho de Parto**

### **1.3.1 Avaliação da evolução do trabalho de parto**

A avaliação da evolução do trabalho de parto e da vitalidade fetal é feita por meio da observação das atitudes da mulher e do monitoramento dos seguintes parâmetros: contrações uterinas, progressão da dilatação cervical, da descida do bebê no canal de parto e ausculta intermitente de batimentos cardíacos fetais.

A primeira fase do trabalho de parto tem em geral a duração de 8 horas no nascimento do primeiro bebê, e é improvável que dure mais que 18 horas. Para a mulher que já teve um bebê, a primeira fase dura cerca de 5 horas e geralmente não mais que 12 horas. No entanto, há dificuldade em estabelecer claramente o início do trabalho de parto (NICE, 2007).

### **1.3.2 O uso do Partograma**

O Partograma é a representação gráfica do acompanhamento do trabalho de parto, onde cada quadriculado representa intervalo de uma hora e deve ter o início do registro na fase ativa do mesmo (BRASIL, 2001). Permite que o profissional avalie a evolução do processo de nascimento, e permite com isso, um manejo correto nos desvios da normalidade e encaminhamento oportuno para o hospital de referência. Este instrumento é baseado nos seguintes princípios: a fase ativa do trabalho de parto se inicia aos quatro centímetros de dilatação cervical e os exames vaginais devem ser efetuados tão menos frequentemente quanto compatível com a prática segura. A observação do comportamento da parturiente, das



perdas vaginais e a descida do foco (melhor ponto de ausculta dos batimentos cardíacos fetais) no ventre materno também permitem avaliar a progressão do trabalho de parto.

O profissional deve considerar as variações individuais da normalidade ao avaliar a progressão do trabalho de parto, bem como variáveis quanto paridade, variedade de posição fetal, condição das membranas amnióticas e movimentação materna, entre outras. Estas podem influenciar a duração do trabalho de parto. A condição de vitalidade fetal sempre deve ser avaliada concomitantemente à evolução do trabalho de parto (ANEXO V).

### **1.3.3 Dinâmica Uterina (DU)**

- Realizar com frequência durante o trabalho de parto (por 10 minutos), avaliando frequência, duração e intensidade das contrações uterinas, sendo os intervalos não maiores que 2 horas, quando em fase ativa;
- A DU poderá ser realizada com parturiente em decúbito lateral e/ou sentada. Avaliar sempre a dinâmica em relação à fase que a parturiente se encontra.

### **1.3.4 Altura Uterina (AU)**

- Verificar AU com a parturiente deitada, após corrigir posição fetal;
- Avaliar a AU no conjunto com os outros parâmetros.

### **1.3.5 Ausculta fetal**

• A ausculta inicial dos batimentos cardíacos fetais é recomendada no primeiro contato com a mulher e nas avaliações subsequentes. Deve ser feita de maneira intermitente durante o trabalho de parto. Situações em que se detectam alterações na frequência cardíaca fetal podem requerer uma ausculta mais prolongada, para melhor avaliação da vitalidade fetal ou a realização de uma cardiotocografia.

### **1.3.6 Toque vaginal:**

• Os profissionais de saúde que realizam exames vaginais devem ter certeza de que este é realmente necessário e irá adicionar informações importantes para o processo de tomada de decisão em relação ao cuidado. Antes da realização deste exame, o profissional deve garantir o consentimento da mulher, sua privacidade, dignidade e conforto, explicar o motivo do exame e seus achados. A realização brusca e frequente deste exame pode ocasionar dor e constrangimento para as mulheres, além de aumentar o risco de infecção puerperal. O registro adequado do exame vaginal deverá ser feito em todas as ocasiões, de maneira a evitar

que seja feito desnecessariamente por vários membros da equipe. Realizar o toque vaginal avaliando as características cervicais, apresentação fetal, a bacia obstétrica, estado das membranas amnióticas e posição;

- Realizar o toque no momento da entrada no Pré-Parto, devendo ser repetido de preferência pelo mesmo profissional que realizou inicialmente.

### **1.3.7 Membranas**

- Manter as membranas íntegras, se possível, até o final do trabalho de parto. Caso o partograma mostre alguma alteração, rompê-la em momento oportuno, conforme técnica.

- Em mulheres que apresentam trabalho de parto com progressão normal, a amniotomia (rotura artificial das membranas amnióticas) não deve ser realizada de maneira rotineira no cuidado à mulher durante o trabalho de parto (Smyth et al., 2008).

### **1.3.8 Oferecimento de aporte calórico/Dieta**

- A ingestão alimentar e líquidos é uma prática que deve ser encorajada de acordo com as preferências da mulher, em condições de risco habitual (BRASIL, 2001), pois o trabalho de parto requer considerável gasto calórico e a reposição energética é fundamental, para assegurar o bem estar fetal e materno. Estudo de meta-análise e revisão sistemática com parturientes de baixo risco para a necessidade de anestesia concluiu que não há necessidade de restrição de líquidos ou alimentos para essas mulheres durante o TP (SINGATA et al. 2012; HOFMEYR, 2005). Por este motivo, não é necessária a cateterização intravenosa de rotina, visto que a mesma restringe os movimentos da mulher e pode se associar à administração de soluções glicosadas, que podem levar ao hiperinsulinismo e acidemia metabólica nos recém-nascidos (OMS, 1996).

### **1.3.9 Práticas de cuidado utilizadas durante o trabalho de parto**

- Estas práticas têm a finalidade de oferecer conforto à mulher, promover o alívio da dor e favorecer a evolução do trabalho de parto. Entre elas, incluem-se massagens, presença de acompanhante, dieta, banho de aspersão ou banheira, exercícios respiratórios, uso de bola suíça, livre movimentação. Todas essas práticas podem ser utilizadas pelo profissional de saúde, de acordo com as preferências da mulher (Vide quadro em anexo VII).

## **1.4 Condutas do Enfermeiro Obstetra no Parto**

### **1.4.1 Antissepsia**

- Realizar a antissepsia antes do parto, dos membros superiores com antisséptico degermante;
- Paramentar-se para a realização do parto normal, conforme protocolo institucional;
- Realizar a antissepsia na paciente com antisséptico aquoso na região perineal e no terço médio da coxa. Colocar os campos conforme posição do parto.

OBS: Para o parto vaginal a realização da tricotomia foi abolida, indica-se somente a tonsura dos pelos.

### **1.4.2 Episiotomia**

A episiotomia não é realizada de rotina. Se indicada, será realizada episiotomia médio lateral direito.

#### Casos Indicados:

- Sofrimento fetal;
- Distância entre fúrcula e ânus menor que 3 cm;
- Distensão restrita do períneo avaliada durante a contração uterina e no movimento de báscula.

### **1.4.3 Desprendimento do pólo cefálico**

- Proceder de forma tranquila;
- Desprender lentamente, fazendo a proteção do pólo cefálico com a mão esquerda e do períneo com mão direita. Este procedimento, evita tanto a descompressão brusca como as lacerações amplas;
- Certificar da presença ou ausência de circular de cordão, procedendo ao seu afrouxamento ou secção, se necessário;
- Permitir a rotação externa natural, caso não ocorra auxiliar este movimento.

#### **1.4.4 Desprendimento do pólo córmico**

- Após o desprendimento cefálico, proceder ao desprendimento do ombro superior e em seguida do inferior de forma suave (conforme a posição do parto), não utilizando manobras bruscas;
- Segurar o pólo cefálico com uma das mãos, correr com a outra e apreender os membros após desprendimento;

#### **1.4.5 Interação mãe e filho**

- Proceder imediatamente interação mãe e filho pele a pele, colocando o RN sobre o abdome materno;
- Encorajar a parturiente permitindo que o acompanhante seccione o cordão umbilical;
- Deve-se permitir e orientar a amamentação na primeira hora de vida;
- Parabenizar a parturiente e o acompanhante pelo nascimento e pela colaboração;
- Entregar o recém-nascido para o neonatologista, que irá prestar a assistência e os cuidados necessários, na presença do acompanhante.

#### **1.4.6 Dequitação**

- Deve-se aguardar a dequitação espontânea da placenta. A dequitação é confirmada através dos sinais da placenta, do útero e do cordão, realizando-se então a manobra de Jacobs;
- Se após 35 minutos não houver dequitação espontânea, na presença de um quadro patológico, solicitar avaliação médica;
- Após dequitação, revisar a placenta quanto à integridade das membranas, cotilédones, veias e artérias e inserção do cordão umbilical.

#### **1.4.7 Episiorrafia**

- A episiorrafia deverá ser feita na mucosa com pontos contínuos ancorados até a fúrcula e pontos separados no músculo e na pele;
- Usar fio categute 0 simples e categute 2.0 simples nas lacerações de mucosa;
- Realizar após o término da episiorrafia a retirada do tampão vaginal se houver necessidades de utilizá-lo. Não se deve realizar toque bidigital de rotina;
- Orientar exercícios perineais 03 vezes ao dia por 50 vezes;
- Orientar também quanto à higiene perineal e autocuidado com os pontos.

#### **1.4.8 Período de Greenberg (4º período - Primeira hora após o parto)**

- Verificar altura uterina, quantidade de sangramento e contratilidade uterina;
- Orientar automassagem abdominal e a presença da dor de “Tortus” (dor abdominal materna que ocorre quando o bebê suga o peito);
- Orientar quanto à importância da amamentação exclusiva por livre demanda e quanto à proibição de amamentação cruzada devido o risco para o RN adquirir doenças infecciosas;
- Orientar sobre a importância da mamada na primeira hora de vida, observando pega e sucção.

#### **1.5 Condutas do Enfermeiro Obstetra no Puerpério**

Avaliar após a primeira hora de pós-parto as condições clínicas e obstétricas através de:

- Controle dos sinais vitais;
- Controle de sangramento vaginal;
- Contratilidade uterina;
- Condições da episiorrafia;
- A efetividade da primeira pega do RN na mama materna;
- Após a avaliação, liberar para o Alojamento Conjunto (ALCON).

**ANEXO D – TERMO DE ANUÊNCIA****CENTRO ASSISTENCIAL ELGITHA BRANDÃO**

CNPJ.: 86.970.803/0001-94

RUA ELGITHA BRANDÃO, S/N - ANIL - FONE: 3245-3025

SÃO LUÍS - MARANHÃO

MATERNIDADE  
MARIA DO AMPAROAMBULATÓRIO  
MARIA DA VITÓRIA**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de intervenção intitulado “PROTOCOLO DE ASSISTENCIA AO PARTO HUMANIZADO PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL”, da servidora e aluna Valéria Cristina Ribeiro Ferreira do **Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonhas**, sob a coordenação e a responsabilidade da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Teresa Frios Rios do Departamento Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, o qual terá o apoio desta Instituição.

São Luís, 05 de novembro de 2015.

*Luis Eduardo H. Ribeiro*  
Pediatra Neonatologia  
CRM-MA 4154

Dr.<sup>o</sup> Luís Eduardo Hilluy Ribeiro – Diretor Clínico



**ANEXOS**



## **Anexo A - ENFERMEIRA OBSTETRA**

### CONTEXTUALIZAÇÃO

Ministério da Saúde reconhece a grande relevância do trabalho de enfermeiras obstetras na atenção ao parto e nascimento através da publicação de diversas portarias e resoluções que legitimam a atuação da enfermeira na atenção ao parto e nascimento, no âmbito do SUS.

Com o intuito de garantir a atuação da enfermagem obstétrica na filosofia da assistência ao parto humanizado faz-se necessário o atendimento das seguintes propostas:

- Preservar a autonomia do profissional enfermeiro obstetra, que está respaldado na Portaria nº 985/06/09/1999 e na Lei nº 7.498, que regulamenta o exercício da enfermagem no país (BRASIL, 1986), e a Resolução RDC nº 36 de 3 de junho de 2008 (RDC-36, 2008);
- Aprovar planos de trabalho e apoio a execução dos cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, conforme Portaria SE/MS nº 876/30/11/2.000;
- Promover treinamentos conjuntos, baseados em evidências científicas, de médicos, enfermeiras obstétricas e técnicos de enfermagem, para a valorização do trabalho em equipe;
- Estabelecer a segurança na atenção ao parto e nascimento através da ampliação do Centro Obstétrico;
- Favorecer o parto humanizado com direito a acompanhante, a oferta de métodos alternativos de alívio da dor, a liberdade de posição no parto, o contato pele a pele mãe-bebê respeitando a diversidade étnico-cultural;
- Monitorar indicadores epidemiológicos perinatais do serviço de atenção obstétrica e neonatal, bem como divulgar os dados assistenciais.

Em muitos países a Enfermeira Obstetra é responsável pela assistência à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério, porém no Brasil essa não é a realidade

De fato, apenas a minoria delas exerce a prática da assistência ao parto, em virtude, principalmente, da falta de protocolos nos serviços de saúde, em especial nas maternidades que garantam a sua plena atuação nas salas de parto e, também, por desconhecimento da sua importância como integrante da equipe multiprofissional, capaz de contribuir para a redução da morbimortalidade materna e perinatal e proporcionar à parturiente e RN assistência de melhor qualidade

Ademais, para que esta assistência ocorra de forma homogênea é importante que os profissionais envolvidos estejam cientes dos objetivos da mesma e conheça suas atribuições.

## APRESENTAÇÃO

O presente documento apresenta as diretrizes para a assistência de enfermagem obstétrica nos Centros Obstétricos das Maternidades Municipais da rede Municipal de Saúde e deve ser usado em conjunto com outras publicações, que incluem os Documentos Técnicos do Ministério da Saúde e Áreas Técnicas de Saúde.

**CONSIDERANDO** que o enfermeiro é um profissional autônomo, legalmente habilitado por lei para exercer suas atividades laborais, conforme o disposto no Artigo Art. 5 da **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, inciso XIII** - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;

**CONSIDERANDO** o disposto no Artigo 11 da Lei nº 7.498/86, que regulamenta a profissão do Enfermeiro, assim como estabelece que a direção, organização e planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem são atividades exercidas de forma privativa pelo Enfermeiro nos serviços de saúde, no âmbito do SUS e no sistema privado de saúde.

**CONSIDERANDO** o disposto no Artigo 11, inciso II, da Lei nº 7.498/86 que regulamenta a Prescrição pelo enfermeiro de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

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

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

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

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

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

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

**CONSIDERANDO** o disposto na Portaria nº 985/GM, de 05/08/1999, que instituiu os Centros de Parto Normal no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde;

**CONSIDERANDO** o disposto na Portaria nº 985/GM, de 05/08/1999, que instituiu os Centros de Parto Normal no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde;

**CONSIDERANDO** o que fora contemplado no “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, firmado no ano de 2004;

**CONSIDERANDO** o disposto na Resolução SMS Nº 1041 DE 11 DE FEVEREIRO DE 2004, que institui o Protocolo de Assistência da Casa De Parto David Capistrano Filho.

**CONSIDERANDO** o disposto na Portaria nº 746/GM, de 20 de dezembro de 2005, que regulamenta o novo modelo de laudo de AIH e dá outras providencias.

**CONSIDERANDO** o disposto na Resolução-RDC N-36, de 3 de Junho de 2008, que dispõe sobre “**Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**”, quando no ANEXO I, item 3.7, estabelece, como definição sobre os profissionais recursos de saúde necessários para esse funcionamento Profissional legalmente habilitado, profissional com formação superior inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por lei. Define que o Serviço Técnico Obstétrico e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo seu conselho de classe.

**CONSIDERANDO** o disposto nas Diretrizes Assistenciais da Enfermagem obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro em 2010.

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

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

**CONSIDERANDO** as revisões sistemáticas e evidências científicas sobre as práticas assistenciais que promovem a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, demonstrando os benefícios à mulher e ao bebê na assistência ao parto de risco habitual pela enfermeira obstetra ou obstetrix ("Hattem M", "Sandall J", "Devane D", "Soltani H", "Gates S" - Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; - Issue 4, Art. No.:

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

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

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

**CONSIDERANDO** a importância de garantir a atuação da enfermagem obstétrica na filosofia da assistência ao parto humanizado faz-se necessário normatizar e unificar o protocolo assistencial da enfermagem obstétrica da Maternidade Maria do Amparo.

## Anexo B - EXERCÍCIOS PREPARATÓRIOS PARA O PARTO

**Quadro 1** - Tecnologias de cuidado não invasivas de enfermagem obstétrica

| TECNOLOGIA               | INDICAÇÃO   | FUNDAMENTAÇÃO  |
|--------------------------|---|--|
| Movimentos respiratórios | Auxiliar na centralização da mulher.                        | Ativa os receptores corticofugais promovendo uma ação condicionada: contração-respiração.  |
| Deambulação              | Ativar o trabalho de parto;<br><br>Descida e rotação fetal. | <p>A mulher deve escolher a posição que preferir durante o trabalho de parto, embora a necessidade de estimular o parto com ocitocina é menor em mulheres que deambulam durante o trabalho de parto, em comparação com aquelas que permanecem no leito. Durante a contração as paredes uterinas encurtam-se e impulsionam o feto para baixo. Os ligamentos redondos que também contraem junto com a contração uterina tracionam o fundo uterino para diante, colocando o eixo longitudinal da matriz no eixo da escavação pélvica e para baixo, aproximando o fundo da pelve. Por esse motivo, durante a contração uterina, a melhor posição para a mulher é a vertical, com o corpo inclinado para diante (BALASKAS, 1991).</p> <p>Estudos apontam que reduz a duração do TP em aproximadamente 01h, diminuem a necessidade de intervenção no TP, não mostrou efeitos negativos sobre a mãe e o bem-estar dos bebês (LAWRENCE et al, 2009).</p> |
| Bola Suíça               | Massagem perineal;<br><br>Descida e rotação do feto.        | <p>Alongar e fortalecer a musculatura perineal, aliviar tensões, ativar a circulação sanguínea e desfazer pontos de tensão, trabalha cintura pélvica e movimenta todos os músculos.</p> <p>Ativa o trabalho de parto, por possuir uma base de sustentação instável, a gravidade atua sobre o corpo, isso requer um contrapeso, recrutando os músculos mais profundos até que alcance</p>   |

|              |   |  |
|--------------|---|--|
|              |   | uma estabilização necessária para mantê-lo equilibrado sobre a bola suíça, com a busca do equilíbrio sobre a bola a mulher desfoca da sensação da dor da contração. Com o uso da bola, mantém-se uma postura de sustentação e dá ao corpo flexibilidade (CRAIG, 2004).   |
| Bamboleio    | <p>Descida e rotação do feto;</p> <p>Deslocamento do bebê dentro da pelve;</p> <p>Ativar o trabalho de parto;</p> <p>Liberação de endorfinas.</p> | <p>Quando a mulher deixa-se guiar pelo seu instinto, procura movimentar-se, seguindo o ritmo das contrações, movendo a pelve para frente e para trás, de um lado para o outro ou em movimentos circulares.</p> <p>Estes movimentos servem para facilitar o encaixe, a descida e a rotação do feto, no canal de parto (BALASKAS, 1991). Para Odent (2000), quando a mulher usa o córtex primitivo, esses movimentos afloram com mais intensidade.</p> |
| Rebozo       | <p>Ativar o trabalho de parto;</p> <p>Correção de posições posteriores ou direita persistentes e assinclitismos.</p>                              | Movimenta o feto na pelve, auxiliando no movimento de rotação e retificação do assinclitismo persistente.  |
| Genupeitoral | <p>Posições posteriores ou direita persistentes;</p> <p>Edema de colo.</p>  | Diminui a força da gravidade, amplia os diâmetros da pelve, facilitando a rotação e diminuindo a pressão sobre o colo uterino.   |
| Cócoras      | Descida e rotação do  | Aumenta diâmetros da pelve em 25% de acordo  |

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



|                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| líquidos                     |   | feto.  |
| Banho de imersão ou chuveiro | Medo, ansiedade<br><br>Diminuir sensação de dor excessiva;<br><br>Acelera trabalho de parto;<br><br>Distócia emocional. | Odent (2000) fala sobre o efeito misterioso da água sobre as travas neocorticais, removendo-as. Estas travas são ativadas em qualquer situação na qual são liberados altos níveis de adrenalina como medo, stress, entre outros.<br><br>As duchas quentes têm efeito calmante, aliviam dores e nevralgias. é de consenso que a melhor hora para se entrar na água é quando se atinge a metade do trabalho de parto, ou seja, com a dilatação de 5 cm e contrações mais intensas. Ao entrar na água, a mulher se descobre capaz de render-se às necessidades instintivas e primitivas do seu corpo. A maioria das mulheres diz que a percepção da dor se altera (portal da dor) e se torna mais fácil aceitar a intensidade das contrações (BALASKAS,1991; Odent ,1982; Earnig,1996). |
| Crioterapia                  | Reduz edema: colo, períneo e vulva.   | Diminuição do fluxo sanguíneo local; lentificação da transmissão de impulsos dos neurônios aferentes levando a diminuição das sensações (dormência), diminuição da temperatura na pele e músculo.<br><br>O saco de gelo deve ser aplicado por períodos de 15 a 20 minutos e várias vezes ao dia (3 em 3 horas, por exemplo), de acordo com a necessidade e extensão da área edemaciada.  |
| Puxo lateral                 | Distócia emocional  | Quando a mulher trava a saída do bebê, por medo do nascimento. Solicitar que empurre o pé, estando na posição lateral, enquanto o profissional faz pressão ao contrário. Isto  |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | permite que ela empurre o feto pelo canal do parto.   |
| Ampliação do diâmetro da cintura pélvica   | Assinclitismo persistente;<br>Período pélvico prolongado;<br>Presença de bossa/moldagem excessiva do polo cefálico  | Amplia os diâmetros da pelve, com a pressão sobre a crista ilíaca no momento da contração. Aumentar a mobilidade entre os ossos da pelve.   |
| Decúbito lateral com as pernas flexionadas | Assinclitismo persistente;<br>Período pélvico prolongado;<br>Presença de bossa/moldagem excessiva do polo cefálico. | Amplia os diâmetros da pelve e facilita a passagem do pólo cefálico. Diminui a sensação dolorosa. Permite a proteção perineal.  |
| Proteção perineal                          | Evitar as lacerações.   | Alongamento períneo; massagem com óleo vegetal no períneo, não indicar o puxo voluntário; proteção com compressas para evitar o desprendimento abrupto do polo cefálico.  |
| Banqueta meia lua                          | Auxiliar na descida e rotação do feto.  | Amplia os diâmetros da pelve e facilita a passagem do polo cefálico, diminui a sensação dolorosa, permite a sensação de controle da mulher com seu processo de parturição. Não deve ser estimulado antes de dilatação |

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
|                              |  | avançada por risco de edema no colo.  |
| Cavalinho<br>(assento ativo) | Auxilia rotação e descida do feto;<br>reduz edema de colo;<br>Assinclitismo persistente. | Amplia os diâmetros da pelve, libera o sacro e cóccix;<br><br>Auxilia a rotação do bebê na posição occipito posteriores (OP); descompressão do colo pelo polo cefálico durante as contrações.<br><br>Diminui a sensação dolorosa. |
| Aromaterapia                 | Estimular produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas.                  | Utiliza os princípios ativos dos óleos essenciais no trabalho de parto, vislumbrando a aromaterapia como ciência.   |

FONTE: (MEDINA; AZEVEDO, 2006).

### Quadro 2 - Posições para o período expulsivo

| TECNOLOGIA      | INDICAÇÃO                | FUNDAMENTAÇÃO   |
|-----------------|--------------------------|---|
| 1-Verticalizada | Metrossístoles esparsas. | Possibilita massagens nas costas; Propicia a ação da gravidade; Melhor oxigenação do feto.<br><br>Potencializa a ação da gravidade na descida do feto;<br><br>Encurta o ângulo de descida e amplia os diâmetros da pelve em 25%; Libera o sacro e cóccix; Promove contrações menos dolorosas e mais eficazes; Feto alinhado com o eixo da pelve.<br><br>Pode aumentar a necessidade |

|                 |                                 |   |
|-----------------|---------------------------------|---|
|                 |                                 | do puxo no 2º estágio.  |
| 2-Semi-vertical | Desejo da Mulher                | O mesmo que a verticalizada, porém libera menos o sacro e cóccix; Possibilita exames vaginais.  |
| 3-Lateral       | 2º estágio acelerado            | Posição muito favorável para descansar; Reduz a pressão nos grandes vasos; Possibilita maior aporte sanguíneo e de oxigênio para o feto; permite o movimento do sacro no 2º estágio; Favorece a progressão do feto sem traumas; Útil para reduzir um 2º estágio muito acelerado; favorece a proteção perineal, evitando as lacerações, pois facilita a moldagem da cabeça ao períneo; Alivia a pressão nas hemorróidas. |
| 4-Cócoras       | Dificuldade na descida do feto. | Pode aliviar a dor nas costas; Possibilita a ação da gravidade; Amplia a saída da bacia; Necessita de menos esforços expulsivos; Facilita a rotação e a descida; Vantagens mecânicas- o tronco empurra o fundo uterino; Aumenta a sensação  |

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
|                 |   | de bem estar, por se sentir amparada.  |
| 5-Quatro apoios | Queixa de dor lombar;<br><br>Posições posteriores persistentes;<br><br>Distocia de ombro. | Alivia a dor nas costas;<br>Auxilia a rotação do bebê na Posição occipto posteriores (OP); Permite balançar a pelve e movimentos corporais; Permite exames vaginais; Alivia a pressão nas hemorroidas; Facilita o desprendimento das espáduas. |
| 6-De pé         | Dinâmica uterina irregular;<br><br>Queixa intensa de dor nas contrações.                  | Pode aumentar a sensação de puxo no 2º estágio. Na posição de pé, o peso da mulher repousa sobre as duas cabeças do fêmur, permitindo que a pressão no acetábulo provoque aumento de 01 cm do diâmetro transversal da saída da pelve.          |

FONTE: (MEDINA; AZEVEDO, 2006).

### Quadro 3 - Cuidados com o recém-nascido

| TECNOLOGIA           | FUNDAMENTAÇÃO  |
|----------------------|--|
| Ambiente na penumbra | Segundo Odent (2004), o ambiente em penumbra respeita a fisiologia do recém-nascido (RN). Segundo o Manual de Neonatologia (2001), a penumbra pode contribuir para a eficácia na amamentação do RN na primeira hora de vida, por estar relacionada a maior privacidade, tranquilidade, estabelecimento do vínculo e conseqüentemente |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
|                               | diminuição de tempo entre as mamadas e ao ganho de peso no período pós-natal (SARAIVA, 2004).  |
| Respeito ao período sensível  | A existência de um período sensível, imediatamente após o parto, foi evidenciada em estudo de Gaspareto e Bussat (1994) e durante esta fase, um contato intenso e ininterrupto da mãe com o seu bebê proporcionam a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação, dando prosseguimento ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intrauterina. Outros benefícios deste contato inicial incluem o fato de a amamentação ocorrer mais cedo e o estreitamento da atração emocional.   |
| Avaliação da vitalidade do RN | <p>Segundo o Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (2013), se, ao nascimento, o recém-nascido é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), está respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação. Três metanálises, que incluíram estudos com nascidos a termo, concluíram que o clampeamento tardio do cordão umbilical é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses. Com base nesses estudos, recomenda-se que o RN a termo, saudável e com boa vitalidade ao nascer seja posicionado no nível da placenta por um a três minutos, antes do clampeamento do cordão umbilical.</p> <p>O contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26oC, reduz o risco de hipotermia em recém-nascidos de termo, com boa vitalidade, desde que cobertos com campos pré-aquecidos.</p> <p>Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação. A Organização Mundial de Saúde recomenda que o</p> |

|   |   |
|---|---|
|   | <p>aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois se associa a um maior período de amamentação, melhor interação mãe-bebê e menor risco de hemorragia materna.</p>  |
| Contato pele a pele                       | <p>Os bebês interagem mais com suas mães, ficam mais aquecidos e choram menos, quando colocados no colo da mãe; são mais amamentados e amamentaram por mais tempo, quando tiveram contato pele a pele precoce; possivelmente tiveram mais chances de ter um bom relacionamento inicial com suas mães, mas isso foi difícil de medir (Moore ER, Anderson GC, Bergman N, 2007).</p>   |
| Touca                                     | <p>A colocação da touca no RN, logo após o desprendimento do pólo cefálico, ainda no canal de parto, evita a perda de calor através no couro cabeludo, diminuindo os riscos de hipotermia do recém-nascido (Manual Merck, 2009).</p>  |
| Clampeamento oportuno/tardio              | <p>Clampeamento oportuno do cordão aumenta a média neonatal do hematócrito venoso dentro de uma faixa fisiológica; Nem diferenças significativas nem efeitos nocivos foram observados entre os grupos; Além disso, esta intervenção parece reduzir a taxa de anemia neonatal; Esta prática tem se mostrada segura e deve ser implementada para aumentar o armazenamento de ferro neonatal ao nascimento (CERNADAS, 2006).</p> |
| Estímulo a amamentação na 1ª hora de vida | <p>A amamentação exclusiva durante os 06 primeiros meses devida, seguida do aleitamento materno continuado dos 6 aos 11 meses de idade, foi a intervenção isolada mais efetiva para prevenir mortalidade infantil, estimando que ela previna 13% de todas as mortes em menores de cinco anos (CHAPARRO; LUTTER, 2007).</p>  |

FONTE: (MEDINA; AZEVEDO, 2006).

**Quadro 4:** Medicações que podem ser prescritas e administradas pela enfermeira obstétrica

| <b>Medicação</b>                   | <b>Forma de Administração</b>  | <b>Indicação</b>   |
|------------------------------------|--|--|
| Ocitocina                          | - 05UI em 500 ml de Solução Ringer com Lactato,<br><br>- 10UI intramuscular, após o desprendimento do ombro do RN,<br><br>- 15 UI em 500ml de SG 5%,<br>EV | - Coordenar as contrações durante o período expulsivo, quando necessário;<br><br>- Como profilaxia de hemorragia pós-parto;<br><br>- Nos casos de hemorragia pós-parto, até a chegada do médico plantonista. |
| Dipirona                           | - 01 comprimido ou 40 gotas, VO, até de 6/6hs, SOS.  | - Em caso de febre ou dor no puerpério;  |
| Paracetamol                        | - 01 comprimido ou 40 gotas, VO, até de 6/6hs, SOS.  | - Em caso de dor, no período puerperal.  |
| Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor | -ampola, gel, spray  | - Anestesia local em caso de rafia de lacerações do períneo;<br><br>- Anestesia local antes da realização da episiotomia, se necessário.   |
| Hioscina/<br>butilescopolamina     | - 01 comprimido VO   | - Em caso de cólicas.  |
| Bromoprida                         | - Comprimidos  | - Em caso de distúrbios gastrointestinais como náuseas ou vômitos.   |
| Soro Glicosado 5%                  | - Solução injetável  | - Reposição hídrica.   |



|                         |   |   |
|-------------------------|---|---|
| Soro Fisiológico a 0,9% | - Solução injetável                       | Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.                |
| Soro Ringer com Lactato | - Solução injetável                       | Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.                |
| Sulfato Ferroso         | - Comprimido com 40 mg de ferro elementar | Prevenção e tratamento de anemia ferropriva no período puerperal. |

FONTE: (MEDINA; AZEVEDO, 2006).