

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

RAYRA MENDES DA ROCHA PIMENTEL

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAJE – AL, UMA MUDANÇA NO
PARADIGMA ASSISTÊNCIAL COM ÊNFASE NA ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO OBSTETRA**

MACEIÓ - AL

2017

RAYRA MENDES DA ROCHA PIMENTEL

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAJE – AL, UMA MUDANÇA NO
PARADIGMA ASSISTÊNCIAL COM ÊNFASE NA ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO OBSTETRA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade Federal de Alagoas em convênio
com a Universidade Federal de Minas Gerais.
Como requisito parcial para conclusão do Curso
de Especialização em Enfermagem Obstétrica –
CEE0 II e obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dra Amuzza Aylla P. dos
Santos

MACEIÓ - AL

2017

RAYRA MENDES DA ROCHA PIMENTEL

**IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAJE – AL, UMA MUDANÇA NO
PARADIGMA ASSISTÊNCIAL COM ÊNFASE NA ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO OBSTETRA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade Federal de Alagoas em convênio
com a Universidade Federal de Minas Gerais.
Como requisito parcial para conclusão do Curso
de Especialização em Enfermagem Obstétrica –
CEEQ II e obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dra Amuzza Aylla P. dos
Santos

APROVADO EM: 14 de Dezembro de 2017

Prof. Dra Amuzza Aylla P. dos Santos

Orientadora

Prof. Ms Maria Elisângela Torres de Lima Sanches
Banca Examinadora

Prof. Dr^a Laíse Conceição Cetano - UFMG
Banca Examinadora

RESUMO

Os princípios de humanização afirmam a importância da assistência prestada pelos

profissionais enfermeiros no âmbito do parto e nascimento como peça fundamental para promoção de uma assistência humanizada, a presença destes profissionais é evidenciada como responsável pela melhora na qualidade de assistência e na redução de riscos e intervenções desnecessárias, como também, por proporcionar uma experiência parturitiva positiva às mulheres assistidas, e promoção de um cuidado centrado nas necessidades e particularidades de cada parturiente, assegurando seus direitos e tornando-a protagonista e autônoma de todo o processo. As tecnologias de cuidado prestado por estes profissionais possuem caráter não invasivo, permite um saber aplicado de forma transversal, o estabelecimento de um vínculo de confiança profissional-parturiente, onde ambos compartilham as decisões no planejamento de cuidados, colocando a parturiente no centro e no controle como sujeito de suas ações. O presente projeto foi desenvolvido no centro de parto normal (CPN) do município de São José da Laje-AL que encontra-se inserido dentro da Unidade Mista Dr Artur Camelo Veras, oferece serviço de assistência ao parto normal sem distórcia com atuação do enfermeiro frente a assistência prestada, não sendo referência para outros municípios locais, possui média mensal de 15 partos. O objetivo central do projeto foi de promover assistência obstétrica e neonatal qualificada e segura com o desenvolvimento de um protocolo clínico institucional, tendo como profissional a frente de toda a assistência, o enfermeiro obstetra. Método: trata-se de um projeto de intervenção na modificação do paradigma assistencial obstétrico no CPN acima citado, onde por meio do levantamento do perfil assistencial e de reuniões com a equipe envolvida na assistência foi desenvolvido protocolo clínico assistencial, afim de qualificar e embasar cientificamente a assistência prestada, pautada em boas práticas obstétricas e neonatais. Resultados: Implementação de avaliação obstétrica com capacitação e implementação do acolhimento com classificação de risco; implementação do partograma; Implementação de testes rápidos para Sífilis e HIV; Produção mensal de indicadores assistenciais; Implementação de boas práticas obstétricas e neonatais, Implementação do sumário de alta; Produção e implementação do protocolo clínico institucional; Realização semanal de grupos de gestantes vinculadas a maternidade. Para um acolhimento holístico e integral com empoderamento se faz necessária uma completa modificação do fazer em saúde que implica diretamente na reorganização do serviço e seus processos, as evidências científicas destacam a enfermagem obstétrica como categoria profissional comprometida e qualificada que proporciona dignidade, segurança e autonomia a parturiente, resgatando o parto como um evento fisiológico, construindo pontes para vivenciar o parto de forma ativa e confiando nas condutas que estão sendo implementadas.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Formação em Enfermagem; Serviços de saúde.

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO.....	5
2.0 JUSTIFICATIVA.....	6
3.0 OBJETIVOS.....	6
3.1 OBSJETIVO GERAL.....	6

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	6
4.0 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
5.0 METODOLOGIA.....	9
6.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	10
7.0 CONCLUSÃO.....	12
REFERÊNCIAS.....	13
APÊNDICE A- PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAJE – AL....	14

1. INTRODUÇÃO

A mudança no paradigma assistência que vem sendo proposta no que se diz respeito a assistência ao parto no Brasil com objetivo na atenção humanizada à mulher, à criança e à família, respeitando-as em suas características e individualidades, defende a gravidez e o parto como eventos sociais, onde os profissionais de saúde são coadjuvantes do processo e desempenham um papel importante (GOMES, et al, 2014).

A humanização da assistência tem-se tornando tema amplamente discutido e a implementação do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento conquista novos passos a cada discussão estabelecida, a atenção humanizada e qualificada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa vivenciar a experiência da maternidade com segurança e bem-estar e equipe de saúde em obstetrícia deve estar preparada para acolher a grávida, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento, promovendo e facilitando desta forma a criação de um vínculo mais profundo da equipe com a gestante, ao lhe transmitir sentimentos como confiança e tranquilidade num momento tão singular em suas vidas (GOMES, et al, 2014).

“A Enfermagem Obstétrica tem a garantia de uma lei para seu exercício profissional, bem como uma série de legislações que delimitam sua área de atuação [...]” (SAMPAIO, et al, 2014, p. 73).

A Lei 7.498/1986 traz, entre as competências compartilhadas pelo enfermeiro com a equipe de saúde, a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; e a execução do parto sem distócia. (SAMPAIO, et al, 2014).

“As profissionais titulares do diploma ou certificado de Obstetizes foram incorporadas na definição legal como Enfermeiras, juntamente com as Enfermeiras Obstétricas. E na determinação de competências, enquanto integrantes da equipe de saúde, foi dada ainda a ambas a incumbência de assistir à parturiente e ao parto normal; identificar as distócias obstétricas e tomar providências até a chegada do médico; realizar episiotomia e episiorrafia e aplicar anestesia local, quando necessário [...]” (SAMPAIO, et al, 2014, p. 74)

A Enfermagem Obstétrica é uma área de atuação regulamentada em lei, o exercício profissional da Enfermeira Obstétrica provém da Constituição Federal, Lei 7.498/1986 e Decreto 9.4406/1987, o que garante legalidade para que a profissional assuma responsabilidades cada vez maiores no cenário da atenção à gestação, parto e puerpério e ao recém-nascido e com isso, seja vetores de mudanças na realidade assistencial vivenciada pelos profissionais e público assistido (SAMPAIO, et al, 2014).

2. JUSTIFICATIVA

O CPN do município de São José da Laje-AL, conta como profissional a frente da assistência o enfermeiro plantonista da unidade e equipe restrita apenas ao auxílio do técnico em enfermagem, e não dispunha de protocolos institucionais que organizassem e regulamentassem a assistência prestada, o presente projeto foi pautado na produção de Protocolo Institucional para embasar toda a assistência prestada pela equipe mediante o perfil assistencial da unidade, de forma a facilitar todo o processo em si, trazendo recomendações atualizadas na área de enfermagem obstétrica, tendo como principal profissional atuante o enfermeiro obstetra, promovendo a humanização da assistência, a diminuição de complicações e morbidades assistenciais, como também o protagonismo e emponderamento da parturiente, recém-nascido e família durante todo o processo.

3.0 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Promover assistência obstétrica e neonatal qualificada e segura baseada em protocolo clínico institucional de Enfermagem Obstétrica que fundamenta uma assistência humanizada, promovendo o emponderamento da mulher e família no cenário assistencial, tendo como profissional a frente de toda a assistência o enfermeiro obstetra.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Produzir e implementar Protocolo Clínico Institucional de enfermagem Obstétrica.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Vivenciamos atualmente um período de transição do modelo assistencial obstétrico, onde o parto e nascimento que erroneamente havia sido transformado num evento patológico, institucionalizado e potencialmente medicalizado, volta a ser centrado nas necessidades da mulher, em sua autonomia sobre o seu corpo e em seu protagonismo frente ao processo parturitivo¹. Desde meados da década de 80 os movimentos de humanização Obstétrica que prezam por uma assistência centrada no respeito e acolhimento da parturiente, embasada em evidências científicas, ganham destaque e promovem a defesa da necessidade de mudança do paradigma assistencial existente¹. Nesse contexto, em 1985, a Organização Mundial de Saúde, publicou o documento “Tecnologia Apropriada para Partos e Nascimentos”, como crítica ao modelo assistencial existente, questionando a cientificidade das intervenções utilizadas e enfatizando os direitos da população em relação à assistência pré-natal e à informação sobre as várias tecnologias utilizadas no parto (SOUZA, et al, 2016).

Descrito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e reafirmado pelo Ministério da Saúde (MS), o modelo assistencial obstétrico baseado em evidências científicas, por meio da publicação em 1996, como “Guia Prático para a Assistência ao

Parto Normal” distribuído pelo Ministério da Saúde às unidades de saúde e profissionais da assistência obstétrica, em 2000, classifica a assistência e condutas obstétricas em quatro categorias segundo critérios de utilidade, eficácia e risco em: A - práticas, demonstradamente, úteis e que devem ser encorajadas; B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C - práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; categoria D - práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado (SOUZA, et al, 2016).

Neste modelo assistencial a OMS o MS e os princípios de humanização afirmam a importância da assistência prestada pelos profissionais enfermeiros no âmbito do parto e nascimento, a enfermeira obstétrica é tida como peça fundamental para promoção de uma assistência humanizada, a presença destes profissionais é predominante no cenário de parto e evidenciada como responsável pela melhora na qualidade de assistência e na redução de riscos e intervenções desnecessárias, como também, por proporcionar uma experiência parturitiva positiva às mulheres assistidas, e promoção de um cuidado centrado das necessidades e particularidades de cada parturiente (SOUZA, et al, 2016).

O modelo biomédico tecnocrata intervencionista de assistência obstétrica prevalece o autoritarismo, o desrespeito aos direitos de escolha da mulher sobre seu próprio corpo, à utilização abusiva de tecnologias invasivas, o uso de intervenções desnecessárias como episiotomia, indução do parto com ocitocina sintética e a institucionalização da assistência ao parto e nascimento, tendo incidindo em altas taxas de cesarianas e conseqüentemente o aumento dos índices de mortalidade materna e neonatal (SILVA, NASCIMENTO E COELHO, 2015). Este modelo passa a ser fortemente criticado pela sociedade na década de 90, proposta pelo movimento feminista essas críticas evidenciam a necessidade de transformação do modelo assistencial existente (SILVA, NASCIMENTO E COELHO, 2015). Sob a perspectiva da humanização de assistência ao parto e nascimento, são lançadas estratégias para reduzir a mortalidade materna, dentre a principal, a redução das taxas de cesarianas, e para isto, a inserção de enfermeiras obstétricas na assistência para o incentivo ao parto vaginal e a implementação de práticas baseadas em evidências científicas seria primordial, logo, o Ministério da Saúde (MS) publicou duas Portarias que regulamentavam a assistência obstétrica prestada por enfermeiras, a Portaria nº 2815 de 29/05/1998 incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), o procedimento de parto normal sem distócia realizados por enfermeiras obstétricas e a Portaria GM nº163 de 22/09/1998, que regulamenta a realização do parto normal sem distócia por enfermeira obstétrica nos serviços públicos do Sistema Único de Saúde (SUS). Como impacto dessa política pública, no ano 2000 foi lançado o Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (SILVA, NASCIMENTO E COELHO, 2015).

O modelo assistencial de humanização baseia-se no bem-estar do binômio mãe e filho, com uso de tecnologias de forma apropriada, com atenção voltada as singularidades da mulher e em suas necessidades específicas em todos os seus aspectos, físico, emocional, e biopsicossocial, com acompanhamento qualificado e contínuo do processo de parturição assegurando seus direitos e tornando-a protagonista e autônoma do todo, onde segundo as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, assegura-se à parturiente o direito de um acompanhante de sua escolha durante todo o processo, o livre posicionamento, o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, ao aleitamento materno na sala de parto, o que contribui para a dequitação e interação mãe-filho (CAMACHO E PROGIANTI, 2013).

O enfermeiro é profissional habilitado de forma técnica e científica para a assistência a parturição, a enfermagem obstétrica com respaldo e base em evidências

científicas, utiliza de técnicas favoráveis e não intervencionista na evolução fisiológica do parto. As tecnologias de cuidado prestado por estes profissionais possuem caráter não invasivo, permite um saber aplicado de forma transversal, o estabelecimento de um vínculo de confiança profissional-parturiente, onde ambos compartilham as decisões no planejamento de cuidados, proporciona conforto e autonomia ao incentivar as mulheres a se conhecer, colocando-a no centro e no controle como sujeito de suas ações, proporcionando segurança durante o parto e nos cuidados ao recém-nascido, é dada a parturiente a autonomia para decidir ativamente a vivência de um parto consciente e participado, atuando a equipe profissional apenas como facilitadora de um processo fisiológico e natural (CAMACHO E PROGIANTI, 2013)..

O Ministério da Saúde para a efetivação desse novo modelo de atenção obstétrica por meio da Portaria nº 985/GM de 05 de agosto de 1999 cria os Centros de Parto Normal (CPN) dando total autonomia às enfermeiras neste cenário, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde⁴. Os CPN são instituições em que as enfermeiras obstétricas podem contribuir mais intensamente para o resgate da dignidade da mulher, com a qualificação do cuidado e prestação de atendimento digno para que tornem-se protagonistas do processo parturitivo, dignificando a assistência com acolhimento, relação respeitosa, promoção da presença de acompanhante, de um ambiente acolhedor e adequado ao cuidado, transmissão de calma e segurança às mulheres, por meio de relações pessoais entre profissionais e usuárias livres de coerção, com escuta sensível e a facilitação no acesso às informações, participando a mulher assim, ativamente de SEU momento (MATTOS, et al, 2014).

Para um acolhimento holístico e integral com emponderamento se faz necessária uma completa modificação do fazer em saúde que implica diretamente na reorganização do serviço e seus processos, em mudanças estruturais, no gerenciamento e em uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades apresentadas, eliminando a posição subordinada das mulheres como gênero (MATTOS, et al, 2014).

O trabalho de parto é um momento na vida da mulher em que ela encontra-se vulnerável devido sentimento de dor, ansiedade, insegurança e medo, podendo a mesma expressar sentimentos negativos que influenciarão desfavoravelmente no desfecho do parto e da forma de percepção frente a todo o processo, a atuação da enfermagem obstétrica neste cenário se faz fundamental com ações em prol de uma assistência individualizada, eficiente, favorecendo o desenvolvimento de práticas de cuidado de forma holística e integral (MATTOS, et al, 2014). As evidências científicas destacam a enfermagem obstétrica como profissional comprometida e qualificada que proporciona dignidade, segurança e autonomia a parturiente, resgatando o parto como um evento fisiológico; seja por meio de estratégias para o alívio da dor, proporcionando-lhe desta forma a calma e tranquilidade, promovendo a presença de acompanhante de livre escolha, chamando-lhe pelo seu nome, fazendo com que esta se sinta valorizada e confiante, incentivando para que tenham força e não desanimem diante das dificuldades, construindo pontes para vivenciar o parto de forma ativa e confiando nas condutas que estão sendo implementadas (NARCHI, et al, 2013).

5. METODOLOGIA

Este presente estudo foi realizado no centro de parto normal (CPN) do município de São José da Laje-AL e encontra-se inserido dentro da Unidade Mista Dr Artur Camelo Veras, conta com 4 leitos para o pré-parto, uma sala de parto equipada com Berço aquecido, incubadora Neonatal, incubadora de transporte, 4 leitos de alojamento conjunto, equipe assistencial plantonista de 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem e 01 médico, destes apenas o técnico de enfermagem exclusivo para o CPN, restante da equipe divide-se no atendimento em todos os setores da unidade (Urgência e Emergência, Sala de Observação, Internamento com CMM,CMF e pediatria), quanto a equipe de enfermeiros que se reparam em plantões de 24 horas apenas uma enfermeira é especialista na área de obstetrícia, oferece serviço apenas de assistência ao parto normal sem distorcia com atuação do enfermeiro frente a assistência prestada devido ausência de Centro Cirúrgico e/ou Médico Obstetra plantonista.

O município encontra-se localizado na zona da mata alagoana, distante 98 km da capital Maceió, com população de aproximadamente 24 mil habitantes, pertencente a 3ª região de saúde do estado. O CPN conta com financiamento do Fundo Municipal de Saúde e verbas advindas do PROMATER e Rede Cegonha, assiste apenas a população municipal, não sendo referência para outros municípios locais, possui média mensal de 35 atendimentos e realização de 15 partos aproximadamente, tem como referência para assistência no baixo risco o município de união dos palmares e alto risco o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes localizado na capital estadual.

Estudo de caráter intervencionista, onde para concretização do objetivo final e produção do protocolo assistencial foi necessário a realização de diagnóstico situacional por meio da produção mensal desde janeiro de 2017 do perfil assistencial do CPN sendo avaliado tanto os aspectos assistenciais, quanto funcionais e de público assistido. No quesito assistencial foram analisados: O número de atendimentos realizados, análise dos encaminhamentos realizados para o risco habitual e/ou alto risco, avaliação dos indicadores de acolhimento com classificação de risco em obstetrícia, número de partos assistidos e neste quesito a análise do uso de partograma, da utilização de métodos não Farmacológicos de Alívio da dor no trabalho de parto, Parturientes com Dieta Livre, Contato Pele a Pele, presença de acompanhante de Livre escolha, Livre posicionamento durante TP / Parto, uso de ocitocina e/ou intervenções (amniotomia, kristeller), Aleitamento Materno na primeira meia hora de vida, Clampeamento Tardio de Cordão umbilical. Quanto ao público assistido foi analisado a idade materna, histórico gestacional, motivo da admissão, número de consultas de pré-natal, quanto ao recém-nascido foram analisados aspectos quanto a idade gestacional, peso ao nascimento, índice de apgar, sexo, presença de mecônio e/ou circular de cordão umbilical, necessidade de intervenção, reanimação e/ou transferência do RN, como também, administração de vitamina K e realização de prevenção oftálmica, ainda no quesito assistencial foram avaliados a realização e Verificação de SSVV periódicos durante o trabalho de parto e após o parto, a realização da evolução em prontuário e preenchimento do Sumário de Alta. Todos os dados coletados foram avaliados e monitorados mensalmente.

Durante a produção do protocolo se fez necessária para sua total adesão e implementação a capacitação dos enfermeiros assistenciais quanto a utilização do partograma, a realização do acolhimento com classificação de risco, o cadastramento do CPN e a implementação da realização de testes rápidos de HIV e Sífilis, como também para Hepatite B que ainda encontra-se em andamento, sendo realizado reuniões presenciais e discussões de casos e problemáticas encontradas por grupo de watsApp.

Para compactação e análise de dados foram produzidas planilhas de assistência sendo modificado o livro de admissão de paciente para que todas as informações

necessárias pudessem ser registradas e acessadas durante a realização das mesmas. Foram necessárias reuniões com as técnicas de enfermagem para apresentação dos objetivos da proposta e viabilização dos instrumentos de coleta de dados.

Mensalmente além da análise criteriosa dos dados coletados, se fez necessária a revisão sistemática dos prontuários, como também dos encaminhamentos realizados para um melhor entendimento das necessidades e fragilidades encontradas durante as avaliações obstétricas e assistência ao trabalho de parto e nascimento.

Partindo dos instrumentos acima citados e das reuniões realizadas foi permitido o traçado do perfil assistencial do CPN e das principais necessidades e fragilidades do mesmo, sendo produzido protocolo clínico institucional mediante todos os aspectos envolvidos, permitindo assistência qualificada, embasada em referenciais bibliográficos e publicações atualizadas voltadas a humanização da assistência, adoção de boas práticas sendo a mulher protagonista do seu momento, assistida de forma holística e integral e a família no âmbito de todo o processo assistencial.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo central da proposta é baseado na formulação de protocolo clínico assistencial, porém, como citado anteriormente, houve a necessidade de outras intervenções para transformação do paradigma assistencial, tais como:

- Mudança e implementação de novo prontuário com todas as informações necessárias da parturiente desde admissão até a alta, devido modelo de prontuário anterior encontrar-se desatualizado, com informações desnecessárias que não condiziam com o perfil assistencial da maternidade e ausência de informações hoje primordiais, tais como: Acolhimento com classificação de risco preconizado pela Rede Cegonha, Avaliação Obstétrica Completa de competência do profissional enfermeiro, uso de metodologias não farmacológicas de alívio da dor, boas práticas obstétricas e neonatais;
- Implementação de avaliação obstétrica documentada com todas as informações necessárias; (modificada do modelo original onde era realizada apenas evolução escrita em folha de prontuário);
- Capacitação e implementação do acolhimento com classificação de risco preconizado pela rede cegonha;
- Capacitação da equipe quanto ao uso e implementação do partograma; (antes não utilizado);
- Implementação de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e sua devida evolução em prontuário (deambulação, bola suíça, espaldar, banho morno, massagem, musicoterapia);
- Implementação junto a equipe de nutrição da dieta livre durante todo o trabalho de parto e nascimento;

- Implementação de testes rápidos para sífilis e HIV a partir do mês de agosto/2017 (antes não realizados na unidade), está sendo aguardada liberação de testes rápidos para Hepatite B;
- Produção mensal desde janeiro/2017 de indicadores assistenciais da maternidade (antes não produzido);
- Implementação de boas práticas obstétricas evoluídas em prontuário (contato pele a pele imediato; aleitamento materno imediato ao nascimento, instituído nos 1ºs 30 min após o parto; clameamento tardio de cordão umbilical entre 3-5 min; postergar procedimentos antes tido como rotina tais como: peso do recém nascido, administração de vitamina k após o parto, banho e cuidados com o RN, para viabilizar maior contato pele a pele e vínculo;
- Implementação de exame físico do RN evoluído e realizado pelo enfermeiro da unidade (antes não documentado e realizado apenas pelo técnico de enfermagem);
- Implementação do sumário de alta assinado e carimbado pelo enfermeiro (antes não realizado);
- Formulação do protocolo clínico da unidade;
- Assinatura de AIH pela enfermeira obstetra (em andamento);
- Mudança da rotina de banho do RN (mudança no horário, antes realizado às 06:00 da manhã, para o momento próximo a alta ou de preferência da mãe de forma que a mesma participe ativamente do momento e seja orientada quanto ao procedimento esclarecendo dúvidas);
- Implementação de boas práticas neonatais;
- Produção e implementação das caixas para urgências de acordo com o protocolo clínico para pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, parto em trânsito e hemorragias (em andamento);
- Solicitação de compra e aquisição de arco de parto, banquetas, cavalinho e chuveiro morno;
- Solicitação de compra e reposição de materiais de urgências neonatais (mascaras para VPP no RN, aspirador portátil, Hood Neonatal, oxímetro neonatal, gorros para o RN e Kit para transporte);
- Realização semanal de grupos de gestantes vinculadas a maternidade junto a enfermeira obstetra responsável (eu) para orientações pertinentes, trocas de

experiências, realização de pintura de barriga, técnicas de relaxamento e plano de parto;

‘ Para além da produção do protocolo clínico, as reuniões mediante análise dos dados junto a todas as intervenções voltadas a qualificação da assistência, bem como, a capacitação da equipe assistencial já demonstram importantes modificações tais como: Diminuição significativa de encaminhamentos a maternidades de baixo risco pelas seguintes questões:

- Ausência de exames laboratoriais (os mesmos são solicitados na maternidade e realizados pelos testes rápidos de HIV sífilis, como também no laboratório da Unidade);
- Perda de tampão mucoso de forma isolada;
- Parada de progressão sem acompanhamento de partograma (devido internamento de pacientes quando ainda fora de trabalho de parto);
- Aminiorrexe prematura imediata ao rompimento da bolsa das águas.

7. CONCLUSÃO

A atuação do profissional enfermeiro frente à assistência ao parto é de fundamental importância na mudança de paradigmas e na qualificação da assistência em obstetrícia, sendo por este motivo, primordial sua presença frente aos serviços de saúde com maior enfoque nos Centros de Parto Normal, neste sentido se observa a importância na modificação assistencial por meio de suas ações.

REFERÊNCIAS

- 1- SAMPAIO MRFB, ALVES VH, BONAZZI VCAM, NERY IS, FRANCO CS. **Reflexões éticas e legais sobre a atuação da enfermeira obstétrica no parto e nascimento**, Enfermagem Obstétrica, Rio de Janeiro, 2014 mai/ago; 1(2):72:6.
- 2- GOMES ARM, PONTES DS, PEREIRA CCA, BRASIL AOM, MORAES LCA. **Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal**, São Paulo: Revista Recien. 2014; 4(11):23-27.
- 3- Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S, **Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais**, Esc Anna Nery 2016;20(2):324-331.
- 4- Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC, **Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal**, Escola Anna Nery Revista de Enfermagem Jul-Set 2015, 19(3):424-431

- 5- Camacho KG, Progianti JM, **A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado**, Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jul/set;15(3):648-55.
- 6- Mattos DV de, Vandenberghe L, Martins CA, **Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado**, Rev enferm UFPE on line., Recife, abr, 2014, 8(4):951-9.
- 7- Roniele Costa Sarges, Laura Cecilia López. **A assistência ao parto na perspectiva de enfermeiras obstétricas em uma maternidade pública: desmedicalização e micropolíticas na linguagem de gênero. Vivência: Revista de Antropologia**, n. 48, 2016, p. 133-148.
- 8- Camacho KG, Progianti JM. **A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 jul/set;15(3):648-55.
- 9- Narchi NZ *et al.* **O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 2013, 18(4):1059-1068.

**APÊNDICE A – PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL DO
MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAJE - AL**

PROTOCOLO CLÍNICO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAJE - AL



“Para mudar o
 mundo,
primeiro é preciso
mudar a forma de
 nascer”
(Michel Odent)

**SÃO JOSÉ DA LAJE-AL
DEZEMBRO-2017**

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	1
ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES NO CENTRO DE PARTO NORMAL DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAJE-AL.....	2
FLUXOGRAMA PARA ACOLHIMENTO DA GESTANTE E SEU ACOMPANHANTE.....	4
CAPÍTULO 1: CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA NA CASA DE PARTO.....	5
• CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO DA PARTURIENTE	
• CRITÉRIOS PARA A REMOÇÃO DA PARTURIENTE DURANTE O 1º PERÍODO DO PARTO	
• CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DA PARTURIENTE DURANTE O 2º PERÍODO DO PARTO	
• CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO E/OU REMOÇÃO DA PARTURIENTE DURANTE O 3º E 4º PERÍODOS DO PARTO	
• CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DA PUÉRPERA	
• CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DO RECÉM – NASCIDO	
CAPÍTULO 2: ASSISTENCIAIS.....	8
• ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS – TERMO	
• PARADA DE PROGRESSÃO	
CAPÍTULO 3: ROTINAS.....	12
• ACOLHIMENTO DE NOVAS GESTANTES APRESENTAÇÃO DO CPN PARA GESTANTES E FAMILIARES	
CAPÍTULO 4: PROTOCOLOS.....	15
CAPÍTULO 5: NORMAS E.....	16

- ASSISTÊNCIA AO PARTO – ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO DE RISCO
- OBSERVAÇÃO
- ADMISSÃO
- TRABALHO DE PARTO
- PERÍODO EXPULSIVO
- DEQUITAÇÃO
- PERÍODO DE GREENBERG
- RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO
- ALOJAMENTO CONJUNTO
- ALTA

CAPÍTULO 4: PROTOCOLOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....23

- PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIAS DE GESTANTES, PARTURIENTES OU PUERPÉRAS
- PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA DE RECÉM-NASCIDO
- PROLAPSO DE CORDÃO UMBILICAL
- DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS

CAPÍTULO 5: POP.....39

- PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA

REFERÊNCIAS.....40

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O princípios de humanização afirmam a importância da assistência prestada por nós enfermeiros no âmbito do parto e nascimento como peça fundamental para promoção de uma assistência humanizada, a presença do enfermeiro é evidenciada como responsável pela melhora na qualidade de assistência e na redução de riscos e intervenções desnecessárias, como também, por proporcionar uma experiência parturitiva positiva às mulheres assistidas, na promoção de um cuidado centrado nas necessidades e particularidades de cada parturiente assegurando seus direitos e tornando-a protagonista e autônoma de todo o processo. As tecnologias de cuidado prestado por estes profissionais possuem caráter não invasivo, permite um saber aplicado de forma transversal, o estabelecimento de um vínculo de confiança profissional-parturiente, onde ambos compartilham as decisões no planejamento de cuidados, colocando-a no centro e no controle como sujeito de suas ações. Para um acolhimento holístico e integral com empoderamento se faz necessária uma completa modificação do fazer em saúde que implica diretamente na reorganização do serviço e seus processos, as evidências científicas destacam a enfermagem obstétrica como profissional comprometida e qualificada que proporciona dignidade, segurança e autonomia a parturiente, resgatando o parto como um evento fisiológico, construindo pontes para vivenciar o parto de forma ativa e confiando nas condutas que estão sendo implementadas.

Este documento descreve o fluxo de atendimento a gestante no Centro de Parto Normal da Unidade Mista Dr. Artur Camelo Veras, situado no município de São José da Laje-AL, orientando condutas destinadas a assistência de enfermagem, organizando e regulamentando a assistência prestada, trazendo recomendações atualizadas na área de enfermagem obstétrica e neonatal, tendo como principal profissional atuante o enfermeiro obstetra, promovendo assistência qualificada e segura baseada em evidências científicas priorizando a humanização da assistência, a diminuição de complicações e morbidades assistenciais, como também o protagonismo e emponderamento da parturiente, recém-nascido e família durante todo o processo.

Autora:
Enfermeira Obstetra Rayra Mendes da Rocha Pimentel

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES NO CENTRO DE PARTO NORMAL DO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DA LAJE-AL

ENFERMEIRA OBSTETRA/OBSTETRIZ

- Receber e passar o plantão;
- Ler o livro de ocorrências;
- Realizar visita de enfermagem aos binômios;
- Realizar a Sistematização de Assistência da Enfermagem (Anamnese, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução);
- Abrir horário de medicações quando necessário e acompanhar a checagem da administração;
- Realizar exame físico obstétrico em parturientes e puérperas evoluindo em prontuário;
- Assistir a parturiente em partos normais, sem distorcias materna e/ou fetal, com ou sem episiotomia/episiotomia . (Lei do exercício profissional 7498/86, artigo 9º) observando:
 - 1.1 Prestar assistência humanizada à parturiente e seu recém nascido enfatizando a adoção das “Boas Práticas Obstétrica”
 - 1.2 Identificar as atividades distócias obstétricas e tomar providências, até a chegada do médico obstetra; intervindo em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entende imprescindíveis para garantir a segurança do binômio mãe/filho;
 - 1.3 Toda rotina de assistência de enfermagem deverá ser norteada pelos princípios de humanização
- Dirigir o CPN, Coordenando a equipe local e respondendo pela administração do serviço;
- Supervisionar a equipe de enfermagem;
- Prover medicamentos e equipamentos necessários ao plantão, solicitando e repondo faltas, como também comunicando a administração em caso de quebras e/ou defeitos;
- Acompanhar visitas programadas de gestantes ao CPN,provenientes das USF;
- Realizar o Plano de Parto a partir de 35 semanas, com vistas a prepará-las para o parto no CPN;
- Fazer a admissão no CPN, das gestantes em trabalho de parto;
- Realizar testes rápidos para HIV e Sífilis no momento da admissão, com aconselhamento pré e pós teste, anexando termo de consentimento e laudos em

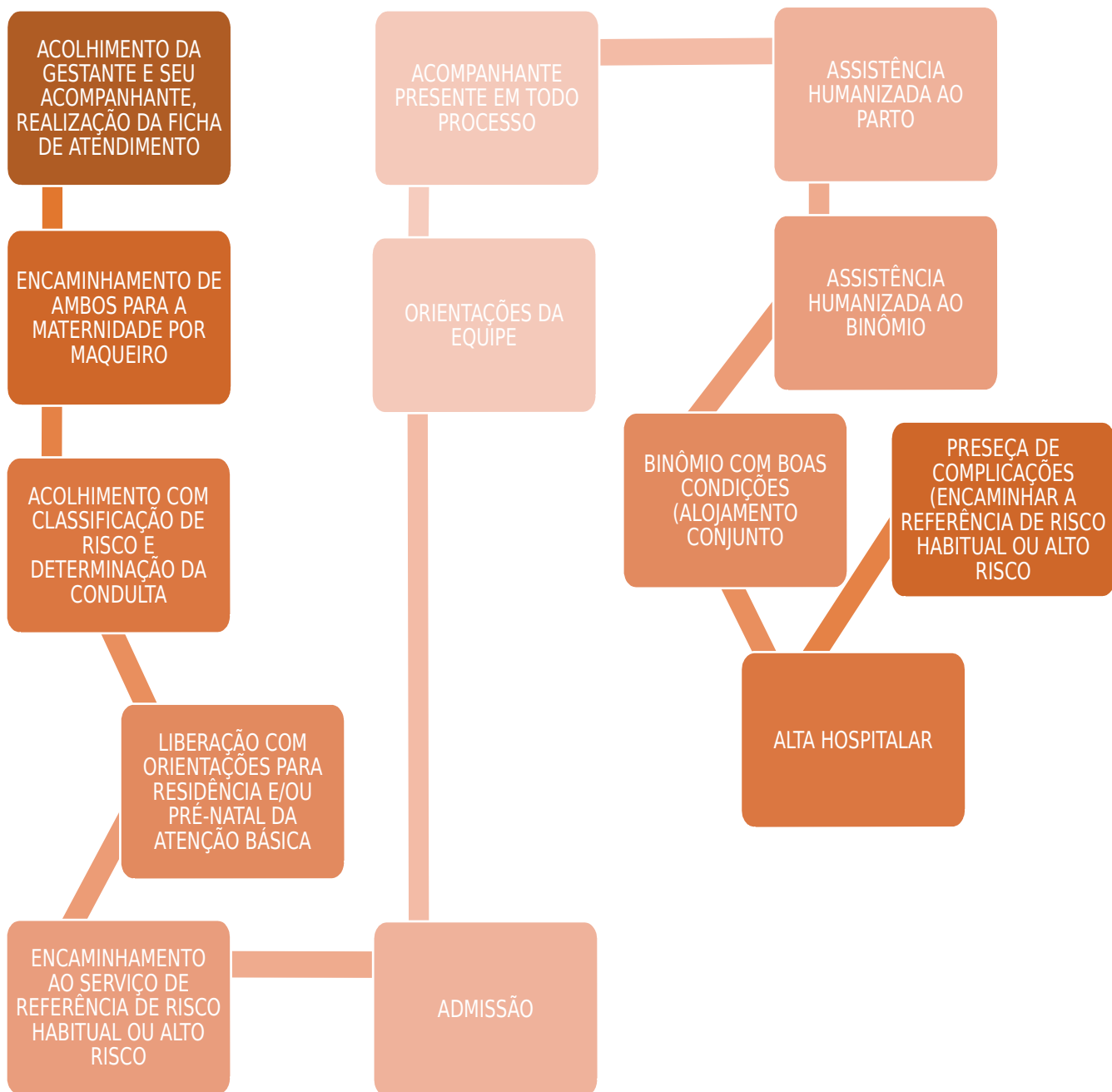
- prontuário;
- Solicitar os exames de rotina que julgar necessário, tais como VDRL, Tipagem sanguínea e Fator RH materno e do recém-nascido;
 - Prestar assistência ao parto de evolução fisiológica;
 - Detectar anormalidades no trabalho de parto e tomar as providências até remoção da mulher para o serviço de referência ao CPN;
 - Prestar assistência imediata ao recém-nascido nas situações anômalas, instituindo manobras básicas de ressuscitação: aspiração, ventilação com pressão positiva ou manobras avançadas, quando estritamente necessário – segundo protocolos da Sociedade Brasileira de Pediatria;
 - Providenciar a remoção do RN de risco para o serviço de referência ao CPN;
 - Registrar a evolução do trabalho de parto, parto e condições do RN em impresso próprio, contendo folha de Partograma e identificação do RN;
 - Fazer exame somático e neurológico do RN, antes de sua alta;
 - Realizar anamnese e exame físico materno, antes de sua alta;
 - Preencher e entregar as Declarações de Nascido Vivo;
 - Incentivar o Aleitamento Materno, orientando quanto ao mesmo e esclarecendo as dúvidas apresentadas e/ou percebidas;
 - Dar alta à mãe e ao recém-nascido, preenchendo devidamente o sumário de alta;
 - Liberar e orientar a mãe no momento da alta do CPN, mediante cópia do sumário de alta;
 - Elaborar e divulgar os indicadores assistenciais perinatais.

TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- Controlar o estoque de materiais de consumo do CPN e providenciar sua reposição;
- Realizar preenchimento de impressos e registro de prontuário de acordo com suas atividades e/ou solicitação do enfermeiro;
- Limpar, preparar, acondicionar material de assistência a mulher / RN e encaminha -los a esterilização;
- Assistir a parturiente em suas necessidades de higiene e conforto;
- Auxiliar o Enfermeiro Obstetra durante o trabalho de parto e parto;
- Realizar o controle de SSVV 30'/ 30' minutos até duas horas pós-parto e de 2/2 horas no pós parto imediato, como também de 6/6 horas até a alta;
- Receber o bebê nascido em boas condições, e prestar assistência imediata;
- Auxiliar a Enfermeira Obstetra nas manobras de ressuscitação de RN nascido em condições especiais;
- Administrar a vitamina K, após o nascimento;
- Realizar coleta de material p/ exame laboratorial e encaminhar ao laboratório, se necessário;
- Fazer o controle da glicemia dos RN através de fita reagente se a enfermeira obstetra julgar necessário;
- Oferecer suplementação alimentar ao RN quando necessário, a critério da Enfermeira Obstetra;

- Acompanhar a parturiente e/ou RN nas remoções aos serviços de referência;
- Fazer o relatório de enfermagem das ocorrências de plantão;
- Administrar os medicamentos prescritos;
- Orientar e incentivar as mulheres aos cuidados com os recém – nascidos e no aleitamento materno.

**FLUXOGRAMA PARA ACOLHIMENTO DA GESTANTE E SEU
ACOMPANHANTE**



CAPÍTULO 1: CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA NA CASA DE PARTO

CRITÉRIOS PARA ADMISSÃO DA PARTURIENTE

1. Gestante classificada como de baixo risco, com idade gestacional ≥ 37 semanas;
2. Resultados de todos os exames do **1º e 3º trimestre** dentro dos padrões da

normalidade; Devendo ser solicitado no ato da admissão os exames disponíveis na unidade se ausentes no pré-natal, tais como: Tipagem Sanguínea, Fator RH e/ou VDRL;

3. Trabalho de parto em fase ativa (contrações uterinas que produzem dilatação cervical > 4 cm);
4. Parturiente em bom estado geral, afebril, eupneica, normotensa, ausculta pulmonar e cardíaca adequadas, sem **intercorrências obstétricas e/ ou clínicas**;
5. Ausência de cesárea prévia e /ou cirurgias ginecológicas prévias;
6. Parâmetros biofísicos fetal normais;
7. Ausência de macrosomia/RCIU/PIG;
8. Gestação única;
9. Apresentação cefálica.

OBS: E casos de IG a partir de 41 semanas, as gestantes deverão ser encaminhadas para o hospital de referência para avaliação médica.

CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DA PARTURIENTE DURANTE O 1º PERÍODO DO PARTO

- Desejo da parturiente;
- Elevação dos níveis pressóricos (PAS \geq 160mmhg **OU** PAD \geq 110 mmhg em uma única medida; PAS \geq 140 mmhg **OU** PAD \geq 90 mmhg em duas medidas com 30 min. de intervalo);
- Hipertermia (temperatura \geq a 38°C em uma única medida **OU** \geq a 37,5°C em duas ocasiões com 1 hora de intervalo);
- Sangramento vaginal aumentado;
- Presença de líquido amniótico meconial significativo;
- Alterações na atividade uterina: hipertonia e/ou taquissístolia;
- Fase ativa prolongada não corrigida pelo emprego das terapias integrativas;
- Parada secundária da dilatação;
- Parturiente com 18 horas de bolsa rota;
- Emergências obstétricas: hemorragia ante ou intraparto, prolapso de cordão, Síndromes Hipertendivas.

Observações fetais:

- Qualquer apresentação anômala, apresentação de cordão;
- Frequência cardíaca fetal < 110 bpm ou > 160 bpm;
- Desacelerações do BCF à ausculta intermitente;
- Outras emergências obstétricas;
- Presença de líquido meconial significativo.

Em casos de trabalho de parto prolongado, qualquer parâmetro materno ou fetal alterado Justificará a remoção da parturiente em ambulância para o hospital de referência.

CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DA PARTURIENTE DURANTE O 2º PERÍODO DO PARTO – PERÍODO EXPULSIVO

- Presença de líquido meconial significativo;
- Alterações da frequência cardíaca fetal;
- Sinais de sofrimento fetal;
- Período expulsivo prolongado não corrigido pelo emprego das terapias integrativas;
- Parada secundária da descida (desde que atividade uterina adequada – 2 a 5 contrações em 10 minutos de 30 a 60 segundos e membranas rotas);
- Diagnóstico de anomalia de variedade de posição (transversa persistente, occipito posteriores, defletidas, etc.), que comprometem a evolução fisiológica do parto;
- Alterações na atividade uterina: hipertonia e/ou taquissístolia;
- Sangramento vaginal aumentado.

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO E/OU REMOÇÃO DA PARTURIENTE DURANTE O 3º e 4º PERÍODOS DO PARTO – DEQUITAÇÃO e GREENBERG

- Alterações do bem-estar da mulher;
- Retenção placentária (ausência de dequitação completa da placenta e/ou membranas com tempo maior que 30 min. de manejo ativo ou 60 min. de manejo fisiológico);
- Suspeita de restos placentários na cavidade uterina;
- Hemorragia pós-parto não controlada com medicamentos;
- Lacerações de 3º e 4º graus.

Outras emergências obstétricas * ver protocolo de urgência e emergência

CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DA PUÉRPERA

- Elevação dos níveis pressóricos (PAS \geq 160mmhg **OU** PAD \geq 110 mmhg em uma única medida; PAS \geq 140 mmhg **OU** PAD \geq 90 mmhg em duas medidas com 30 min de intervalo);
- Hipertermia (temperatura \geq a 38°C em uma única medida **OU** \geq a 37,5°C em duas ocasiões com 1 hora de intervalo);
- Taquicardia (\geq 120 bpm em duas ocasiões com 30min. de intervalo);
- Hemorragia pós-parto, controlada com medicamentos, com alterações de sinais vitais e/ou alterações hemodinâmicas;
- Hemorragia pós-parto tardia;
- Ausência de micção espontânea após 6 horas do parto, com bexiga não palpável;

CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DO RECÉM – NASCIDO

- Icterícia neonatal patológica;
- RN com índice de apgar de 1º minuto \leq 7, que se apresenta instável;
- RN com índice de apgar no 5º minuto \leq 7;
- Temperatura axilar $<$ 36°C ou \geq 37,5°C;

- Desconforto respiratório crescente, persistente, diverso da taquipnéia transitória do RN e/ou frequência respiratória ≥ 60 ou < 30 irp;
- Peso menor que 2500g, baixo peso e/ou pré - termo, mesmo que em boas condições ao nascer;
- Febre materna ou corioamnionite;
- Palidez ou pletora (bebê muito vermelho);
- Lesão grave devido ao parto;
- Presença de mecônio, se um dos seguintes sinais forem observados:
 - Frequência respiratória > 60 ipm;
 - Presença de gemidos;
 - Frequência cardíaca < 100 bpm ou > 160 bpm;
 - Enchimento capilar acima de 3 segundos;
 - Temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $37,5^{\circ}\text{C}$ em duas ocasiões;
 - Saturação de oxigênio $< 95\%$;
 - Presença de cianose central.
 - Convulsões/ movimentos anormais;
 - Apneia;
 - Cianose central;
- Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias;
- Secreção purulenta no ouvido ou nos olhos (abundante e com edema palpebral) ou no umbigo (com eritema que se estende para a pele ao redor);
- Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas);
- Distensão abdominal;
- RN com suspeita de mal - formação congênita (cardiopatias, atresias, imperfuração anal e outras);
- RN com cefalohematoma;
- RN com mielomeningocele (envolver com compressas esterilizadas e umidificadas com soro fisiológico aquecido, proteger de traumas e contaminações, o uso de papel filme pode ser empregado) acionar protocolo de urgência/emergência).

CAPÍTULO 2: PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

RUTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS

Rotura das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto.

- **Anamnese-** Momento da rotura (data e hora, atividade que estava fazendo), quantidade, cheiro e cor, infecção urinária recente ou atual.
- **Exame físico** -Temperatura axilar e pulso materno; dinâmica uterina; altura

uterina; vitalidade fetal; **Exame especular:** Realizar quando a perda de líquido não é evidente, com mobilização do pólo fetal e manobra de Valsava para a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical.

- **Toque vaginal: Não deve ser realizado!** Pode introduzir ou aumentar o risco de infecção e somente deve ser realizado em gestantes com parto iminente ou para obter informações, que seriam úteis para determinar cuidados adicionais e que não podem ser obtidas de forma menos invasiva. Realizar o mesmo a cada 6 horas apenas se necessário.
- **Avaliação do risco de infecção:** Na presença de hipertermia materna ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) e/ou presença dos seguintes sinais: Útero doloroso (sensibilidade aumentada), odor vaginal desagradável, taquicardia materna (>100 bpm) ou fetal (>160 bpm) ou leucocitose recente trazido pela gestante (>15.000 cel/ml) encaminhar a gestante para a unidade de referência.
- **Avaliação da coloração e odor do líquido amniótico:** Na presença de mecônio em casos de gestantes fora de trabalho de parto deve-se encaminhar para a unidade de referência. Se houver sangramento vaginal atentar para placenta prévia e/ou descolamento de placenta.

Práticas não - farmacológicas para estimular a atividade uterina – para gestantes sem dinâmica uterina eficaz:

- Perceber as necessidades da mulher - olhar, observar, ouvir, conversar com os acompanhantes;
- Propiciar privacidade em ambiente acolhedor e agradável;
- Favorecer a presença do acompanhante;
- Oferecer conforto físico (cuidar para que a parturiente esteja sempre com roupas confortáveis, pés aquecidos, bem alimentada e com eliminações fisiológicas presentes);
- Diminuir ansiedade, medo ou insegurança da parturiente/acompanhantes;
- Se a parturiente estiver muito cansada ou com muito sono, poderá ser oferecido primeiro um descanso para posterior estímulos – cuidar para que os acompanhantes também descansem ou ofereçam privacidade para a parturiente descansar;
- Se a parturiente estiver com os pés frios, aquecê-los (escalda-pés ou massagem, calçar meias);
- Realizar massagem no abdômen com óleo estimulante;
- Incentivar deambulação e exercícios na bola ou cavalinho;
- Utilizar técnica do rebozo (Quando disponível);
- Utilizar aromaterapia (Quando Disponível);
- Orientar para parturiente que estimule seu mamilo;
- Utilizar técnica de acupressão;
- Promover exercícios, se necessário, para liberação de ocitocina endógena (os exercícios devem ser individualizados de acordo com cada parturiente, sua cultura e crença, podendo usar música, dança, canto, oração, rebozo, trocas de carinho com o parceiro);

Atentar para os riscos:

- Morbidade infecciosa materna e fetal;

- Prolapso de cordão umbilical;
- Compressão do cordão.

Cuidados e Orientações na Casa de Parto:

- Incentivar e estimular a ingesta hídrica.
- Realizar curva térmica (3/3horas).
- Avaliar BCF 30/30 min
- Evitar toques vaginais. (6/6h SOS)
- Utilizar luva estéril, quando o toque for necessário.
- Se **streptococcus agalactiae desconhecido** ou não realizado: Após 18 horas de bolsa rota, ou antes se apresentar fator de risco, a parturiente deverá ser transferida para o hospital de referência.

PARADA DE PROGRESSÃO

É quando o trabalho de parto evolui em um ritmo mais lento do que o esperado em relação a dilatação cervical e/ou rotação e descida do feto.

- Usar recursos e posições maternas que estimulem a flexibilidade da pelve e facilitem a rotação e descida do polo cefálico;
- Utilizar intervenções que capacitem, validem e apoiem a parturiente e o bebê;
- Antes de qualquer avaliação e diagnóstico de distócia deve-se sempre considerar: Paridade, dilatação e mudanças cervicais, contrações uterinas, altura e posição da apresentação, variedade de posição e estado emocional da parturiente;
- Perceber necessidades da parturiente - olhar, observar, escutar, perceber se algo esta incomodando/atrapalhando, exemplo: falta de conforto físico/emocional; ansiedade, medo ou insegurança da parturiente/acompanhantes/profissionais; falta de empatia/boa relação entre equipe-parturiente e acompanhantes-parturiente; ambiente inadequado, entre outros.

Prevenir a parada de progressão com o recurso que responde à necessidade da mulher:

- Promover mudança de posição adequada que favoreça a rotação e descida do bebê;
- Utilizar técnicas como rebozo, aromaterapia, chás, música, dentre outro recursos;
- Propiciar um ambiente acolhedor e agradável;
- Encorajar a parturiente;
- Criar relação de parceria, permitir e ajudar para que a parturiente seja protagonista;
- Cuidar para que ela esteja com roupas confortáveis, pés aquecidos e bem alimentada;
- Se preocupar com as necessidades do acompanhante;
- Promover exercícios para liberação de ocitocina endógena (os exercícios devem ser individualizados de acordo com cada parturiente, sua cultura e crença, podendo usar música, dança, canto, oração, trocas de carinho com o parceiro).

Primeiro período do parto:

- Considerar também todos os aspectos da evolução do trabalho de parto:
- Progressão da dilatação em 4 horas;
- Progressão da descida e rotação do polo cefálico;
- Mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

Suspeita de parada de progressão no primeiro estágio do trabalho de parto:

Reavaliar após duas horas

Se dilatação cervical progrediu < 1cm: confirmado parada de progressão. Conversar com a parturiente sobre as opções:

1. Transferência para o hospital;
2. Uso de ocitocina. Informar que a ocitocina irá aumentar a frequência e intensidade das contrações e a necessidade de monitoramento do BCF com mais frequência (a cada 15 minutos). A ocitocina somente será uma opção após confirmado disposição materna, líquido amniótico claro, sinais vitais materno e BCF sem alterações.

Cuidados:

- Iniciar ocitocina 12 ml/hora (4 gts/min.) em bomba de infusão por 30 minutos e reavaliar. Dobrar o gotejamento se contrações ineficazes e reavaliar em 30 minutos, se contrações não eficazes -> acionar protocolo de transferência.
- Atentar para as contraindicações: Situações de urgência, sofrimento fetal, desproporção céfalopelvica, variedade de posição desfavorável, excessiva moldagem da cabeça óssea fetal e formação de bossa, espinhas esquiáticas salientes, ângulo sub-púbico estreito.
- O risco de hiperestimulação e aumento da dor são maiores com doses maiores de ocitocina, na presença de hiperestimulação ou taquissístolia diminuir gotejamento e reavaliar, se não melhorar suspender uso e hidratar a parturiente. Qualquer alteração o medicamento deve ser suspenso.

Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina:

- Dilatação cervical aumentou até 2 cm: transferência para o hospital.
- Dilatação cervical aumentou >2 cm: realizar exame vaginal a cada 4 horas.

Segundo período do parto:

Fase inicial ou passiva: dilatação total do colo e ausência de puxo espontâneo e/ou polo cefálico no estreito superior ou médio da pelve.

Fase ativa: dilatação total do colo, presença de puxo espontâneo e polo cefálico no estreito médio ou inferior da pelve. Se dilatação completa e ausência de puxo: reavaliar em 1 hora para identificar a fase do segundo período.

Período expulsivo prolongado:

Primíparas: > 1 hora 30 minutos em fase ativa sem progresso da rotação e descida da apresentação.

Multíparas: > 1 hora em fase ativa sem progresso da rotação e descida da apresentação. Reavaliar todos os exames e descartar intercorrências (confirmar líquido amniótico claro, BCF e SSVV sem alterações);

Avaliar disposição materna – promover medidas de apoio e encorajamento;
Considerar uso de ocitocina 5 UI 4gts/min em bomba de infusão se as contrações forem inadequadas;

Realizar amniotomia se membranas estiverem intactas;

Proceder transferência se alteração do bem-estar fetal ou ausência de progresso após 30 minutos da intervenção.

CAPÍTULO 3: NORMAS E ROTINAS

ACOLHIMENTO DE NOVAS GESTANTES APRESENTAÇÃO DO CPN PARA GESTANTES E FAMILIARES

1. Poderá ser individual ou em grupo Iniciar com uma apresentação pessoal (nome, função e experiência) e do grupo/gestante (nome, como conheceu o CPN, quantas semanas de gestação e paridade);
2. Apresentar os serviços oferecidos: Assistência ao parto, atendimento de pós-

- parto, cuidados com recém-nascido, incentivo e apoio ao aleitamento materno.
3. Ressaltar a importância da presença do acompanhante no momento do parto.
 4. Salientar a importância do acompanhamento de pré-natal na rede pública ou privada de acordo com o desejo da gestante.
 5. Orientar que a CPN é uma opção somente para gestantes de baixo risco, que desejam um parto normal e que a equipe é formada por enfermeiras obstetras/obstetrias;
 6. Explicar sobre a probabilidade de transferência para o hospital, algumas das razões pelas quais isso pode acontecer e o tempo necessário;
 7. Orientar que a CPN oferece todo equipamento e equipe preparada para manejo de intercorrências obstétricas e neonatais e se relaciona com referência e contrarreferência para a atenção básica e hospital;
 8. Apresentar a Casa (espaço físico) e equipe que estiver presente
 9. Se a gestante não possuir cartão SUS abrir ou orienta-la a ir à UBS de referência para providenciar.
 10. Esclarecer dúvidas.

ASSISTÊNCIA AO PARTO ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO DE RISCO

- A gestante/parturiente poderá estar na presença de até um acompanhante por ela escolhido;
- A enfermeira obstetra/obstetria deverá apresentar-se identificando pelo nome;
- Realizar acolhimento com classificação de risco obstétrico conforme Protocolo da Rede Cegonha;
- Valorizar as queixas da gestante/parturiente;
- Antes de proceder ao exame físico explicar de forma clara como será realizado;
- Realizar exame físico e obstétrico com triagem de risco e diagnóstico de trabalho de parto.

EXAME FÍSICO E OBSTÉTRICO:

- Avaliação da evolução do cartão de pré-natal;
- Anamnese;
- Exame clínico;
- Exame obstétrico;
- Avaliação da vitalidade fetal através da ausculta de BCF;
- Avaliação da atividade uterina;
- Avaliação da maturidade e do bem-estar fetal;
- Checar o plano de parto e o termo de consentimento para o parto se disponível;

AVALIAÇÃO DE RISCO E ORIENTAÇÕES:

- Realizar a avaliação de risco de acordo com os critérios de admissão e permanência (Baixo Risco e trabalho de parto ativo com contrações uterinas regulares e dilatação cervical progressiva a partir dos 4cm):

- Trabalho de parto latente (contrações uterinas dolorosas, irregulares na intensidade e frequência e modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm): A fim de evitar admissão precoce da parturiente, ela deveria de preferência passar a fase latente do trabalho de parto no seu domicílio, desde que a bolsa amniótica seja íntegra e a avaliação obstétrica não tenha demonstrado nenhuma alteração no bem-estar da gestante e do feto. Levar em consideração as suas preocupações e o risco do parto acontecer sem assistência. Orientar a retornar se apresentar algum sinal de alerta, como perda de líquido, sangramento uterino, contrações eficientes a cada 5 minutos, diminuição dos movimentos fetais ou qualquer mal-estar.

OBSERVAÇÃO

A gestante em pré-parto ou em fase latente do trabalho de parto, que se encontra ansiosa ou insegura para ir para casa, poderá permanecer no CPN em observação, pelo período de 4 horas ou poderá prolongar-se esse período caso a enfermeira obstetra/obstetriz julgue necessário mediante justificativa escrita.

- Explicar para parturiente e seu acompanhante a fase do trabalho de parto;
- Avaliar BCF e dinâmica uterina a cada hora;
- Oferecer dieta leve;
- Atentar para eliminação vesical e intestinal;
- Providenciar recurso necessário para descansar e/ou usar métodos não farmacológicos para alívio da dor e/ou para estímulo ao trabalho de parto de acordo com cada caso e avaliação da enfermeira obstetra/obstetriz;
- Evoluir em impresso próprio a cada hora e sempre que ocorrer outros eventos/informações importantes.

ADMISSÃO

- Feito o diagnóstico de trabalho de parto e avaliação de risco dentro da normalidade, a enfermeira (o) obstetra/obstetriz deverá proceder a internação.
- Explicar para parturiente e seus acompanhantes a fase do trabalho de parto, anexar no prontuário a caderneta de pré-natal, cartão SUS e RG ou CPF, como também a ficha de atendimento da unidade, realizar teste rápido para HIV e Sífilis;
- Preparar o leito para receber a parturiente e seu acompanhante, o ambiente deve ser acolhedor, com luz amena, conforme as preferências da parturiente. Providenciar garrafa de água e refeição de acordo com o horário.
- Orientar/auxiliar a troca de roupa, se ela assim desejar.
- Relembrar a parturiente e seu acompanhante as rotinas da instituição: orientar que o celular deve permanecer no silencioso, que fotos serão autorizadas em momentos oportunos. Não serão permitidas visitas durante o trabalho de parto.
- Mostrar o banheiro que a parturiente irá usar.
- Durante o pré-parto, o parto e o puerpério imediato, as mulheres serão atendidas na mesma sala. A fim de preservar a intimidade da família e de valorizar o significado afetivo do nascimento da criança, o ambiente será aconchegante,

simples e tranquilo.

EM RELAÇÃO AOS ACOMPANHANTES, A EQUIPE DEVE:

- Valorizar a presença do acompanhante;
- Explicar ao acompanhante a distribuição e organização do CPN, ex.: local do banheiro, direito às refeições, profissionais de plantão, como fazer para solicitar a equipe;
- Ajudar o acompanhante a realizar as atividades mais favoráveis para ele e para a parturiente (levar em consideração cultura e religião de cada pessoa);
- Incentivar o acompanhante a realizar massagens na parturiente e estar presente nas caminhadas, banhos e exercícios;
- Lembrar que o apoio pelo acompanhante não exclui o apoio que a equipe deve oferecer.

TRABALHO DE PARTO CONSIDERAR, OBSERVAR E REGISTRAR:

1- BATIMENTOS CARDIO-FETAIS (BCF):

Realizar a avaliação do BCF periodicamente (30 min durante o trabalho de parto ativo e a cada 5 min no período expulsivo)

2 - DINÂMICA UTERINA -> Realizar de 1 em 1 hora.

3 - EXAME VAGINAL -> De 4 em 4 horas e sempre que houver indicação precisa, alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher.

4 - SINAIS VITAIS -> Frequência cardíaca, Temperatura e pressão arterial de 2 em 2 horas no trabalho de parto e pós parto imediato.

5 - HIDRATAÇÃO -> Observar e anotar a ingestão de líquidos, frequência da diurese, presença ou não de edema.

6- DIETA -> Dieta geral, a parturiente poderá escolher entre líquidos (sucos, chás, água), frutas e caldos.

7 - CONFORTO FÍSICO E HIGIENE CORPORAL -> Cuidar para que a parturiente esteja sempre confortável e com os pés aquecidos.

Manter o quarto limpo e arejado -> Promover o bem-estar e o conforto da parturiente estimulando e apoiando a tomar banho, trocar de roupa, escovar os dentes e cuidar da sua higiene corporal. A equipe deve sempre ficar atenta com a limpeza e organização do quarto, realizar troca de lençol sempre que necessário.

8 - MICÇÃO E EVACUAÇÃO -> Atentar para eliminação espontânea, sempre anotar e estimular caso não elimine espontaneamente.

9- POSIÇÃO DA PARTURIENTE -> Encorajar a parturiente a procurar em cada momento do trabalho de parto, inclusive no período expulsivo e no parto, a posição que mais lhe agrada ou a que é melhor indicada.

- A parturiente poderá usar posições horizontais para descansar, porém essa posição, principalmente o decúbito dorsal, deve ser evitada. Relembrar a parturiente sobre as vantagens das posições verticalizadas

10- ALÍVIO DA DOR -> **Avaliar o grau de dor, tensão e medo e da necessidade de apoio físico e emocional.** Aplicar métodos não farmacológicos, como técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, modificações da posição da parturiente, banhos com água morna, massagens, etc.

A prevenção do círculo vicioso de “medo-tensão-dor”, é feita através da preservação da

privacidade, com a presença e apoio emocional dos familiares e da equipe, com o contato físico e a transmissão de tranquilidade e segurança.

11 – RESPIRAÇÃO -> Valorizar a respiração espontânea da parturiente, se ela encontrar dificuldades de realizar durante a contração ou depois, a equipe deve observar e perceber qual a melhor maneira de orientá-la. Expirações lentas ajudam a reestabelecer a respiração fisiológica, promove e restitui autocontrole e oxigenação materno-fetal.

12 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS -> **Utilizar técnicas como:** Respiração, massagem, rebozo, deambulação, bola, cavalinho, banhos etc (ver protocolos práticas integrativas e complementares) como método não farmacológico de alívio da dor e para promover a evolução natural do parto.

ABRIR PARTOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO PARTO (vide pop partograma).

PERÍODO EXPULSIVO

No período expulsivo a parturiente, e conseqüentemente o progresso fisiológico do parto, dependem incondicionalmente do apoio emocional, da tranquilidade e do encorajamento transmitidos por profissionais e acompanhantes, pois ela se torna ainda mais vulnerável e, muitas vezes, assustada frente às mudanças e processos corporais que nesta fase do parto ocorrem involuntariamente.

POSIÇÃO DO PARTO -> Apoiar a escolha da mulher e, se necessário, auxiliá-la. A equipe deverá apoiar à escolha da mulher e aquelas que necessitam de ajuda a equipe poderá sugerir e auxiliar a posição do parto, como: lateral, cócoras, semi-sentada, sentada na banqueta, 4 apoios, de joelhos e etc.

PUXOS -> Esperar o aparecimento espontâneo de puxos. Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela parturiente, a enfermeira obstetra/obstetiz ensinará a parturiente e seu acompanhante como aproveitar este processo fisiológico de maneira efetiva, através de respiração, sonorização, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento. Os puxos dirigidos devem ser evitados de rotina e utilizados em caso de necessidade.

CUIDADOS COM O PERÍNEO -> “HANDS OFF – HANDS ON”:

“**hands on**” (proteger o períneo e flexionar a cabeça fetal) e

“**hands off**” (mãos sem tocar o períneo e a cabeça, mas preparadas para tal) podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.

Prevenir desprendimento cefálico abrupto.

DESPRENDIMENTO CEFÁLICO -> Se a técnica “hands on” for adotada, controlar a deflexão da cabeça e orientar a parturiente para não empurrar neste momento. Certificar-se da ausência de circular de cordão, procedendo seu afrouxamento se necessário. Aguardar rotação externa espontânea, observar a face do concepto, realizar drenagem no nariz se necessário. Se tudo esta dentro da normalidade, quem deve impor o ritmo é a mulher.

DESPRENDIMENTO CÓRMICO -> Nos partos sem ocitocina exógena pode ocorrer um intervalo maior entre uma contração e outra, assistir o desprendimento fetal espontâneo e realizar manobras de auxílio apenas se for necessário.

O NASCIMENTO DA CRIANÇA E INTERAÇÃO MÃE E FILHO

- Respeitar e valorizar este momento tão importante para a mãe, o pai e o recém-nascido
- (RN). O RN deve ser recebido com muita delicadeza e tranquilidade.
- O horário do nascimento deve ser registrado.
- A sala de parto deve estar quente, silenciosa e iluminação indireta, na busca de diminuir o trauma sensorial e físico do RN.
- A puérpera é encorajada imediatamente após o parto a colocar o RN em cima do seu abdômen, o RN deverá ser aquecido em contato pele-a-pele, colocar panos quentes sobre o RN e este ficará por uma hora no colo da puérpera, favorecendo assim a colonização do RN pela microbiota materna.
- O casal deverá ter todo o tempo necessário para acolher o seu filho e para vivenciar plenamente este momento tão essencial para a vida futura da família.
- Realizar a secção do cordão umbilical depois que parar de pulsar, por volta de 3 min ou mais. Estimular o acompanhante a realizar a secção.
- A equipe nesta fase de vinculação, se dedica à promoção de condições para que este vínculo afetivo entre mãe/pai e filho recém-nascido se fortaleça, estimulando inclusive o início da sucção ao peito materno e oferecendo as primeiras orientações sobre a importância do aleitamento materno.

DEQUITAÇÃO

- Evitar a tração contínua e controlada.
- Administrar ocitocina intramuscular, na dose de 10 UI, para prevenção de hemorragia pós-parto, imediatamente após o desprendimento do ombro anterior, ou após o nascimento da criança.
- Confirmar desprendimento da placenta através dos sinais da placenta, do útero e do cordão, quando a placenta se encontrar na vagina proceder com a Manobra de Jacobs – Dublin facilitando deste modo seu desprendimento integral. Observar/monitorar sangramento e a modalidade da expulsão da placenta – Baudelocque Schultze ou B-Duncan.
- Revisar a placenta quanto à integridade dos cotilédones, das membranas e presença de veia e artérias umbilicais, a fim de garantir que não foram deixados restos placentários ou de membrana na cavidade uterina.
- Mostrar a placenta para a puérpera

PERÍODO DE GREENBERG

Classicamente denomina-se de Greenberg ao período de pós-parto imediato, após a dequitação. Não há na literatura consenso sobre sua duração exata, entretanto, inicia-se após a dequitação da placenta e estendem-se pelas primeiras duas horas pós-parto.

- Realizar a revisão do canal de parto (colo uterino, períneo e canal vaginal) para detectar
- lacerações e/ou hematomas.

- Realizar sutura de lacerações ou episiorrafia se for necessário.
- Orientar higiene e autocuidado com os pontos.
- Orientar abstinência sexual.
- Aferir sinais vitais a cada 15 minutos na primeira hora pós-parto.
- Observar e avaliar retração uterina, perda sanguínea e o estado geral da puérpera.
- Deixar a puérpera limpa e confortável, ainda no leito.
- Oferecer dieta para puérpera.
- Prescrever e administrar medicações conforme avaliação (vide protocolos).
- Descrever o parto assistido em prontuário incluindo os procedimentos realizados.
- Registrar o parto assistido em livro próprio.

RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN)

O ambiente deverá ser preparado com antecedência ao nascimento, procurando manter as condições ótimas para a atuação da equipe em qualquer situação, seja ela de tranquilidade ou que demande intervenções mais invasivas.

- Nos casos em que houver condições que indiquem risco, a equipe deverá ficar alerta para o recrutamento de mais profissionais e a utilização dos equipamentos necessários.
- Em qualquer nascimento, a equipe deverá estar capacitada para receber adequadamente este RN, identificando aquele que pode ser acolhido no colo materno logo após o nascimento e aquele que precisará ser reanimado.
- O atendimento adequado reduz a mortalidade neonatal e as sequelas neurológicas.
- Os ajustes fisiológicos necessários para a transição do RN da vida intrauterina para a extrauterina devem ser acompanhados de maneira segura possibilitando identificar a necessidade de atendimento para iniciar a respiração com manobras mais agressivas.
- As medidas de atendimento imediatas, realizadas no recém-nascido após o nascimento, deverão se limitar ao necessário e indicado. Elas deverão ser organizadas de modo que não interfiram no estabelecimento de vínculos afetivos entre mãe, pai e RN.
- Os pais deverão ser orientados em relação a todos os procedimentos e ao resultado das avaliações realizados na medida em que estes se referem ao bem-estar do RN.
- A utilização de tecnologia apropriada, ambiente aconchegante, promoção do vínculo mãe-RN e a iniciação e apoio ao aleitamento materno visam reduzir a morbidade e mortalidade neonatal.
- A necessidade de reanimação pode não ser previsível, por isso é fundamental que os materiais e equipamentos sejam preparados com antecedência ao parto.
- Logo após o nascimento deve acontecer a aproximação íntima e precoce da mãe com RN através do contato pele a pele;
- A equipe deverá aquecer e enxugar o RN com campos aquecidos;

Logo ao nascer, enquanto o RN é colocado em contato pele a pele com a mãe, a (o)

Enfermeira (o) obstetra/obstetriz deverá:

- Avaliar as condições de vitalidade do RN (frequência cardíaca, observação de sua respiração, tônus, coloração, reatividade) para determinar a necessidade de cuidados mais intensivos podendo ser feito enquanto o RN ainda está sobre a mãe;
- Verificar permeabilidade das vias aéreas, se necessário limpar boca e nariz do RN;
- Manter a temperatura do RN através do contato pele a pele com a mãe e toalhas aquecidas;
- Quantificar o índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida;
- Clampear o cordão após cessar a pulsação, incentivar para que o acompanhante ou a própria puérpera realize;

Registrar o horário do nascimento

APÓS OS PRIMEIROS CUIDADOS:

- Promover o aleitamento materno na 1ª hora de vida;
- Proceder à identificação do RN;
- Realizar o primeiro exame físico completo e o capurro, sob o olhar da mãe e/ou seu acompanhante;
- Proceder mensurações = peso, perímetro cefálico, torácico, abdominal;
- Verificar os sinais vitais;
- Fazer a aplicação da vitamina K = dose de 0,1ml IM em região do vasto lateral da coxa direita;
- Após a primeira mamada realizar a prevenção da oftalmia neonatal;
- Estimular que o pai/acompanhante pegue o RN no colo e leve-o de volta à mãe;
- Retomar o contato materno, o mais breve possível;
- Prestar esclarecimentos à mãe e seu acompanhante, sobre o estado de saúde do RN.

ALOJAMENTO CONJUNTO O ALOJAMENTO CONJUNTO É O LOCAL DE ACOMODAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO AO LADO DA MÃE.

OBJETIVO

- Oferecer melhores condições para o binômio e familiares receberem instruções sobre os cuidados;
- Reduzir a incidência de infecções cruzadas;
- Estimular o aleitamento materno;
- Proporcionar um relacionamento precoce e o estabelecimento de vínculo afetivo.

Durante a permanência na CPN, o RN e sua mãe devem receber atenção

cuidadosa. O processo de adaptação e conhecimento é mútuo e exige da equipe de saúde bastante dedicação para a detecção de dificuldades e medos no cuidado ao recém-nascido. É comum as mães apresentarem algum nível de insegurança nas primeiras horas de vida de seu RN. Com a assistência individualizada é possível corrigir problemas de pega ao seio materno, quanto instabilidade térmica ou respiratória.

O acompanhante é figura de extrema importância no processo de humanização durante a permanência do binômio na instituição, ele participa das orientações quanto aos cuidados com o recém-nascido, e com a puérpera.

CUIDADOS IMPORTANTES NO PÓS-PARTO -> Depois da puérpera se acomodar no quarto do alojamento conjunto a equipe de enfermagem deve:

- Realizar orientações quanto às rotinas da unidade (horários de refeição/visitas/primeiros cuidados de higiene com RN, previsão de alta);
- Esclarecer dúvidas da puérpera e/ou acompanhante;
- Elaborar a SAE;
- Providenciar ambiente calmo e tranquilo;

ACOMPANHAMENTO DA MULHER NO PUERPÉRIO

- Monitorar sinais vitais, eliminações fisiológicas, secreções, sangramento vaginal e involução uterina, diariamente, com intervalo máximo de 6 horas;
- Realizar imunoglobulina, no caso da puérpera possuir Rh negativo e RN com Rh positivo EM ATÉ 72 HORAS;
- Providenciar coleta e encaminhamento de exames se necessário;
- O primeiro banho deverá ser acompanhado pela enfermagem;
- Estimular o banho diário;
- Orientar a higienização perineal com água após as eliminações; principalmente nas episorrafias/laceração;
- Observar e prestar cuidados com o períneo, observando a presença de edema e hematoma;
- Manter puérpera limpa e confortável e assegurar seu descanso;
- Estimular a deambulação, ajudando a involução uterina e promovendo uma melhor drenagem das loquias, também um melhor funcionamento da bexiga e intestino, estimulando também a circulação sanguínea reduzindo a incidência de tromboembolismo venoso;
- Observar, anotar e comunicar bem-estar geral e interação com o RN;
- Identificar e anotar sinais e sintomas como: Irritabilidade, náuseas e vômitos, cefaleia;
- Orientar sobre a necessidade de sono e repouso;
- Estimular a ingestão hídrica;
- Suplementar com sulfato ferroso com 40 mg de ferro elementar /dia, 30 minutos antes do almoço com suco cítrico por 40 dias.
- Orientar a importância da dieta equilibrada, com alimentos ricos em fibras e ferro;

- Aproveitar todas as atividades assistenciais, como um meio para estabelecer uma boa relação entre equipe e a puérpera.
- Promover o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe, RN e acompanhante.

ACOMPANHAMENTO DO RN

- Monitorar e registrar os sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura corpórea), as eliminações fisiológicas, presença de náuseas, sialorreia e vômitos, com intervalo máximo de 6 horas;
- Realizar exame físico ao lado da mãe/accompanhante, identificando questões referentes a saúde e esclarecendo dúvidas;
- Orientar e supervisionar os cuidados de higienização do recém-nascido (banho, troca de fraldas, vestuário e cuidados com o coto umbilical);
- Realizar o primeiro banho do RN somente após, pelo menos, 12 horas do parto.
- O banho poderá ser realizado de preferência pela mãe ou acompanhante.
- Deve ser um momento prazeroso, de interação entre o adulto e o RN;
- Orientar as trocas de fralda sempre que as fraldas estiverem molhadas, fazendo a higiene com água morna;
- Orientar/realizar a higiene do coto umbilical a cada troca de fralda, utilizando hastes flexíveis de algodão e solução de álcool a 70%.

CUIDADOS COM AMAMENTAÇÃO

- Promover o aleitamento materno e exclusivo, explicando às vantagens e benefício do mesmo;
- Orientar a ordenha manual, proporcionando à mãe o autocuidado de sua mama;
- Orientar quanto aos cuidados com as mamas e mamilos;
- Observar a qualidade da sucção, pega e posição no seio materno;
- Observar sinais flogísticos nas mamas;
- Contraindicar o uso de água, solução glicosada, chás, formulas lácteas ou outros alimentos que não tenham indicação;
- Proibir o uso de mamadeira e chupetas;

ALTA

Dependendo da paridade, do bem-estar, das condições fisiológicas individuais maternas e neonatais, da disposição psicológica da mãe e da eficácia da amamentação, mãe e RN poderão receber alta depois de, no mínimo, 24 horas após o parto, desde que:

- RN de termo, peso adequado para idade gestacional;
- Sinais vitais do RN estarem documentados e normais e estáveis 12 horas antes da alta (FR <60 rpm, FC 100-160 bpm, temperatura axilar de 36,1 a 37°C em berço aberto com vestimenta apropriada) ;
- Presença de micção e eliminação de mecônio;
- Amamentação eficaz;
- Exame físico sem anormalidades;

- Não existência de evidência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida;
- A mãe, ou de preferência, os pais, devem ter conhecimento, habilidade e confiança para realizar os cuidados adequados ao RN e reconhecer padrões ineficazes de aleitamento materno, o agravamento de icterícia e eventual desidratação;

ROTINA DA ALTA

- Realizar exame físico completo do binômio;
- Verificar os sinais vitais binômio;
- Mensurar o peso, medida e PC do RN;
- Observar uma mamada;
- Entregar documentos devidamente preenchidos. São eles: Declaração de Nascido Vivo
- (Via amarela), carteira de pré-natal, carteira de vacina materna e do RN, resultado de exames laboratoriais (tipagem sanguínea do RN, testes rápidos para HIV e sífilis) e resumo de alta.

Prescrever suplementação de sulfato ferroso com 40 mg de ferro elementar /dia, 30 minutos antes do almoço com suco cítrico por 40 dias.

ORIENTAÇÕES A SEREM REALIZADAS NA ALTA

AMAMENTAÇÃO

Relembrar as orientações que foram oferecidas durante todo o período de internação:

- Orientar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, em livre demanda.
- A utilização de sutiã deve ser recomendada, por proporcionar melhor conforto à mulher.
- Orientar sobre a descida do leite que ocorre entre o 1º e 3º dia pós-parto, massagem e ordenha manual.
- Orientar sobre qualidade da sucção, pega e posição no seio materno, após a mamada, orientar lubrificar o mamilo com o leite e aguardar o mamilo secar para cobrir a mama.
- Não usar compressas quentes ou sabonetes

HIGIENE ÍNTIMA E CUIDADO COM OS PONTOS (SE HOUVER)

- Orientar a troca frequente de absorvente, higiene íntima com água após as eliminações, estimular e confirmar as orientações dos exercícios perineais, 30 séries, 2 vezes ao dia, durante todo o puerpério.

ABSTINÊNCIA SEXUAL

- Deverá ser de 4 a 6 semanas após o parto, orientar evitar esforços excessivos e relações sexuais neste período.

ALIMENTAÇÃO

- Orientar e estimular a ingestão de líquidos sempre que tiver sede, pelo menos 2 litros de água por dia;

- Orientar o acompanhante que ele pode auxiliá-la na hora da amamentação, pegando um copo de água;
- Orientar sobre alimentação saudável, rica em ferro, legumes e verduras;
- Evitar alimentos condimentados e com cafeína;
- Evitar Cigarro, bebidas alcoólicas, drogas e medicamentos sem receita médica.

CUIDADOS COM RN

- Orientar sobre o banho diário, troca de fraldas sempre que estiveram sujas e higienização com água morna; orientar a observar presença de hiperemia.
- Orientar cuidados com o coto umbilical, utilizando algodão e álcool a 70%, após toda troca de fralda.
- Orientar banho de sol, depois do primeiro mês de vida, durante 20 minutos. Antes das 10h e depois das 16h.
- Cólicas, espirros e soluços são comuns nos RNs, se o RN apresentar cólicas, a mãe poderá segurá-lo de bruços nos braços, massagear a barriga e manter o RN aquecido, contato pele a pele pode ajudar, se as cólicas forem muito fortes, deverá procurar a Casa de Parto.
- Orientar que é comum o RN acordar várias vezes à noite ou trocar o dia pela noite, essa é uma fase de adaptação do RN à sua nova vida. Para isto, é importante manter a iluminação natural durante o dia.

CALENDÁRIO DE VACINAS

Orientar sobre a importância da vacinação e a próxima data que a mãe deverá levar o RN na UBS para dar continuidade ao calendário vacinal.

CAPÍTULO 4: PROTOCOLOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA DE GESTANTES, PARTURIENTES OU PUÉRPERAS QUANDO TRANSFERIR:

Sempre que surgir alguma intercorrência obstétrica ou clínica em qualquer período de gestação, parto e puerpério que necessite de intervenção médica ou assistência em ambiente hospitalar conforme critérios de transferência e em situação de urgência e emergência:

- Prolapso de cordão umbilical
- Sofrimento fetal
- Distúrbios hipertensivos
- Hemorragia 3º trimestre
- Distocia de ombro
- Hemorragia pós-parto
- Reanimação materna
- Reanimação neonatal

RESPONSÁVEIS PELA TRANSFERÊNCIA: Enfermeira(o) Obstetras/obstetriz DESCRIÇÃO Enfermeira(o) Obstetra/obstetriz Assistente:

- Detectar urgência/emergência;
- Acionar o protocolo de transferência;
- Iniciar e manter procedimentos assistenciais conforme protocolos de urgência/emergência em conjunto com equipe de apoio.
- Promover remoção com segurança;
- Manter cuidado integral com a usuária (incluindo apoio psicológico);
- Acompanhar a usuária na transferência, realizando assistência e/ou manobras necessárias até a chegada no hospital;
- Ao chegar no hospital acompanhar a usuária até o setor de destino;
- Passar o caso para a equipe, entregando documentos da transferência;

Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem:

- Realizar ações dentro de sua competência técnica, conforme orientação da enfermeira (o) e protocolos assistenciais;
- Auxiliar nos procedimentos;
- Prestar apoio psicológico para a usuária e familiares;
- Acompanhar o enfermeiro no transporte quando solicitado;

MATERIAIS E MEDICAÇÕES PARA TRANSFERÊNCIA DE GESTANTES, PARTURIENTES OU PUÉRPERAS: Responsáveis pela organização, conferência e reposição Técnicos e auxiliares de enfermagem com supervisão dos enfermeiros.

MATERIAL/MEDICAÇÃO/QUANTIDADE

1. Agulha 30x8 / 4
2. Agulha 40x12 / 4
3. Algodão
4. Ambu /1

5. Cateter nasal / 1
6. Cateter intravenoso nº 16, 18 e 20 (2 de cada)
7. Equipo de macrogotas / 2
8. Estetoscópio / 1
9. Extensão de látex para oxigênio / 1
10. Gluconato de Cálcio 10% 1 ampola
11. Metilergometrina 2 ampolas
12. Máscara para ambu / 1
13. Fita adesiva microporosa (micropore) 1 rolo
14. Ocitocina 10 ampolas
15. Oxímetro de pulso 1
16. Seringa 20 ml 10 ml 5ml 3 ml (2 de cada)
17. Sf 0,9% 10ml 3 ampolas
18. Sulfato de magnésio 50% 2 ampolas
19. Cateter vesical nº 12 (1)
20. Kit para cateterismo vesical (1)
21. Soro fisiológico 500ml / 2
22. Soro ringer lactato 500ml / 2
23. Gaze 7,5x7,5 (pacote) 10
24. Kit parto 1

DOCUMENTOS:

- Cartão de pré-natal;
- Cópia do partograma;
- Relatório de transferência;
- Documentos pessoais (orientar familiares).

PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO QUANDO TRANSFERIR:

Sempre que surgir alguma alteração no estado geral do RN que necessite de intervenção médica ou assistência em ambiente hospitalar conforme critérios para transferência e critérios de remoção do RN

RESPONSÁVEIS PELA TRANSFERÊNCIA

Enfermeira(o) Obstetra/obstetrix

DESCRIÇÃO

Enfermeiro Obstetra/obstetrix assistente

- Solicitar ajuda para a equipe;
- Iniciar o protocolo de assistência com intervenções emergenciais necessárias conforme cada intercorrência
- Garantir a remoção do RN em incubadora de transporte com segurança;
- Acompanhar RN na transferência, realizando assistência e/ou manobras necessárias até a chegada no hospital;
- Ao chegar no hospital acompanha RN até o setor de destino;
- Passar o caso para a equipe, entregando documentos da transferência;

Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem:

- Realizar ações dentro de sua competência técnica, conforme orientação da enfermeira (o) e protocolos assistenciais;

- Auxiliar nos procedimentos;
- Prestar apoio emocional para a puerpera e familiares.
- Auxiliar na instalação de dispositivos como acesso venoso e etc;
- Controlar rigorosamente os sinais vitais;
- Acompanhar o enfermeiro no transporte quando solicitado

CUIDADOS GERAIS PARA O TRANSPORTE SEGURO DO RN

Estabilização clínica antes do transporte: Considerar os seguintes cuidados:

- Manutenção da temperatura corporal – temperatura é medida na região axilar do RN e, idealmente, o transporte só deve ser iniciado se estiver acima de 36°C. A manutenção da temperatura poderá ser atingida por meio de:
- Secagem adequada do RN quando o transporte ocorrer logo após o nascimento;
- Utilização de incubadora de transporte de dupla parede;
- Envolvimento do corpo e membros do RN, mas não a cabeça, em filme transparente de
- PVC para diminuir a perda de calor por evaporação e convecção;
- Uso de toucas de algodão.
- Estabilização respiratória- Cuidados apropriados e manutenção de vias aéreas, conforme protocolo de reanimação.
- Suporte metabólico ácido-básico – Monitorização da glicemia capilar.
- Monitorização hemodinâmica – por meio de avaliação da perfusão cutânea, frequência cardíaca, pressão arterial e débito urinário.
- Após a estabilização do RN, a equipe deve expor aos pais as condições clínicas do neonato, os riscos e informações sobre o local para onde ele será transferido.

Cuidados durante o transporte:

- Evitar alterações da temperatura do RN;
- Verificar a permeabilidade das vias aéreas – observar a posição do pescoço e a presença de secreções em vias aéreas;
- Monitorar a oxigenação se necessário;
- Verificar a glicemia capilar se necessário;
- Orientar o motorista para um transporte calmo e seguro, sem atitudes bruscas

MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRANSFERÊNCIA DE RN

Responsáveis pela organização, conferência e reposição - Técnicos e auxiliares de enfermagem com supervisão dos enfermeiros.

Conteúdo para transporte: KIT EMERGÊNCIA/ TRANSFERÊNCIA NEONATAL

Material/medicação / Quantidade

1. Cateter venoso nº 22, 24 / 4 de cada
2. Equipo microgotas / 1
3. Estetoscópio neonatal / 1
4. Gaze 7,5x7,5 (pacote) 10
5. Kanakion 1 ampola
6. Extensão Látex para oxigênio (conexão) 1

7. Luvas 6,57,07,5 /1 de cada
8. Máscara para ambú neonatal /1
9. Micropore 1 rolo
10. Oxímetro 1
11. Seringa 3, 5 10 ml 20 ml / 3 de cada
12. Seringa 1 ml
13. Sonda aspiração nº 06, 08 10 /3 de cada
- 14. Soro fisiológico 250ml 1**
15. Tesoura 1
16. Termômetro 1
17. Touca de malha 1

DOCUMENTOS:

- Cartão de pré-natal;
- Relatório de transferência;

PROLAPSO DE CORDÃO UMBILICAL

DEFINIÇÃO: É quando o cordão fica comprimido ou ocluído entre a parte do feto que se apresenta e a margem ou a parede lateral da pelve.

Identificar o prolapso de cordão através da inspeção visual, palpação ou exame vaginal imediato realizado com luva esteril. O cordão pode estar fora da vagina, enrolado dentro da vagina, ou enroscado na parte de apresentação do feto.

Avaliar rapidamente o padrão fetal por monitoramento;

- Avaliar a dilatação e o padrão do trabalho de parto. Se a mulher estiver no final do período expulsivo e o bebê puder nascer com mais rapidez e segurança por via vaginal no CPN do que por cesárea ou ser submetido a uma transferência, proceder o parto;
- Preparar materiais e equipamentos para possível reanimação neonatal;
- Se não for viável o parto vaginal imediato, preparar-se para transferência imediata;
- Não tentar recolocar o cordão dentro do útero;
- Mudar a posição da parturiente, usando trendelenburg profunda ou genupeitoral;
- Para evitar a oclusão do cordão umbilical, fazer elevação do polo cefálico com uma das mãos na vagina, com luva estéril, usando força e cuidado e manter até a chegada ao hospital;
- Solicitar ajuda e acionar motorista;
- Monitorar o BCF;
- Tocólise é útil em TP instalado (Nifedipina 20mg VO como dose de ataque)
- Ofertar oxigênio;
- Conversar com a usuária e familiares, informando sobre a situação e a necessidade de transferência para o hospital de referência;
- Mantém assistência necessária em conjunto com equipe de apoio.
- Manter elevação do pólo cefálico durante transporte e se necessário embrulhar o cordão em compressas úmidas e mornas.

DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS A elevação da Pressão Sistólica ≥ 140 mmHg em Diastólica ≥ 90 mmHg.

RESULTADOS ESPERADOS: Garantir a remoção da parturiente ou puérpera para hospital de referência com segurança, estabilização da PA com bem-estar materno e fetal.

RESPONSÁVEIS:

- Enfermeira(o) Obstetra/ obstetriz

DESCRIÇÃO

- Verificar sinais vitais conforme rotinas; técnico/auxiliar de enfermagem deve comunicar enfermeiro qualquer elevação dos níveis pressóricos.
- PAS ≥ 140 ou PAD ≥ 90 mmHg sem sinais e sintomas de pré-eclampsia, verificar novamente em um intervalo de 30 minutos com a usuária sentada ou em decúbito lateral esquerdo – confirmado alteração acionar protocolo de transferência de urgência;
- PA $\geq 160/110$ mmHg em um única medida ou PA $\geq 140/90$ mmHg associado a proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaléia, epigastralgia, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, acionar protocolo de transferência de urgência e emergência;

CUIDADOS: Manter Ambiente tranquilo;

- Decúbito elevado 30° e face lateralizada
- Cateter nasal com 02 5L/min
- Punção venosa calibrosa
- SVD SOS

TRATAMENTO HIPOTENSOR

- Hidralazina- 20mg/amp. Diluir 01 ampola em 09 ml de AD e fazer 2,5mg IV se PA $>$ ou $=$ a 160x110mmhg. Esta dose pode ser repetida a cada 20' por no máximo 4x. Não tentar baixar muito a PA, pois irá diminuir a circulação para o feto e comprometer seu bem estar. **Se não for possível acesso venoso fazer:** 1/2 ampola (0,5mL) de hidralazina (10mg) IM podendo ser repetida a cada 20' por no máximo 3 doses. ou Nifedidina 10mg VO podendo ser repetida após 30' por no máximo 3 doses
- PA $\geq 160/110$ mmHg em duas medidas ou PA $\geq 140/90$ mmHg associado a sintomas de cefaleia, epigastralgia, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, administrar dose de ataque de sulfato de magnésio: Ataque: 4g (8,0 ml de MgSO₄ a 50%) + 100mL SG 5%, EV, em 15min; ou 5g MgSO₄ IM em cada nádega; Manutenção: 1 a 2g /h de MgSO₄, por 24h, EV, em BI; ou 5g de MgSO₄, IM, 4/4h; Sulfato de Magnésio intramuscular, Deve-se utilizar agulha longa e técnica em zigue-zague para a administração.
- O antídoto Gluconato de cálcio 10%, deve permanecer ao lado para ser usado em caso de toxicidade por sulfato de magnésio (parada respiratória), administrar uma ampola (10 ml EV lento) proceder transferência.
- Solicitar ajuda;
- Manter a usuária em decúbito lateral esquerdo sem estímulos excessivos;
- Conversar com a usuária e familiares, informando sobre a situação;

- Comunicar sobre a necessidade de transferência para o hospital de referência;
- Oferecer oxigênio 10 l/min. em máscara facial, se necessário;
- Em caso de convulsões: Não tentar encurtar ou abolir a convulsão inicial com drogas como Diazepan ou Fenitoína; Proteger Vias Aéreas e minimizar o risco de aspiração posicionando a paciente em DLE e aspirar secreções orais SOS;
- Realizar transferência

DISTOCIA DE OMBRO

A distócia de ombro é um evento imprevisível, ocorre quando há impactação do ombro anterior contra a sínfise púbica materna após a exteriorização da cabeça. Tem sido definida quando há necessidade de manobras adicionais para o desprendimento dos ombros ou quando o intervalo entre a saída da cabeça e a saída do corpo é maior do que 60 segundos.

RESULTADOS ESPERADOS:

Diagnosticar e realizar manobras efetivas, facilitando o desprendimento do concepto dentro de sete minutos do diagnóstico, para prevenir complicações. Reduzir as complicações maternas e perinatais

RESPONSÁVEIS:

Enfermeira(o) Obstetra/ obstetriz

DESCRIÇÃO

O desprendimento do corpo, deve ocorrer dentro dos sete minutos subsequentes, o que irá reduzir significativamente o risco de asfixia e morte perinatal - É recomendado para cada manobra de 30 a 60 segundos.

Essas manobras são destinadas a:

- Aumentar o tamanho funcional da pelve óssea;
- Diminuir o diâmetro biacromial;
- Alterar a relação do diâmetro biacromial com a pelve óssea.

A SAÍDA

A- AJUDA

- Chamar a equipe para ajudar, providenciar materiais e equipamentos necessários - considerar a necessidade de reanimação neonatal – comunicar o motorista para ficar alerta;
- Avisar a parturiente e os acompanhantes sobre a existência da complicação e sobre as manobras que serão utilizadas;
- Aumentar o agachamento - Mc Roberts - Deve-se realizar a hiperextensão e depois flexão máxima das pernas da mãe, posicionando as coxas sobre abdome. Avaliar e conduzir de acordo com a posição inicial da parturiente;
- Cócoras: Levantar a parturiente, hiperflexionando os membros inferiores e voltar para a posição de cócoras aumentando o agachamento. Se a parturiente estiver na posição de cócoras sustentada (sentada na banquetta), ela deve se levantar e

depois agachar ou

- Alterar para 4 apoios.
- 4 apoios: Colocar uma das pernas à frente (preferencialmente a perna do lado em que se encontra o dorso fetal) — “posição de largada de corrida”, ou pode ser orientada a ficar de cócoras e, frente à não resolução, ficar em pé e voltar para a posição de quatro apoios.
- Lateral: Avaliar qual mudança de posição será mais rápida para a realização da manobra, alterar para 4 apoios ou decúbito dorsal.
- Semi-sentada: Alterar para a posição de 4 apoios ou decúbito dorsal.
- Decúbito dorsal: deve-se esticar e depois fazer flexão máxima das pernas da parturiente, posicionando as coxas sobre abdome, os familiares podem prestar auxílio.

S- PRESSÃO SUPRAPÚBICA

- Quando a hiperflexão isolada não resolve, realizar pressão suprapúbica externa do lado do dorso fetal, visando a promover a rotação do ombro anterior.
- Essa pressão pode ser feita com o punho fechado — com a parturiente ainda agachada em posição de cócoras ou em decúbito dorsal, deve ser realizada por um assistente (enfermeira(o) obstetra/obstetriz ou técnico/ auxiliar de enfermagem) enquanto a(o) enfermeira(o) obstetra/obstetriz imprime uma leve tração contínua e dirige o trabalho do assistente, para corrigir a direção e aumentar a eficácia da ação.
- Inicialmente realizar a pressão contínua durante 30 seg. E se não resolver, iniciar pressão intermitente durante 30 segundos.

A – ALTERAR A POSIÇÃO (quatro apoios)

- Essa posição é por si só capaz em reduzir a distocia em mais de 80% dos casos. Nessa postura, os diâmetros pélvicos aumentam, facilitando o desprendimento. A mudança de posição materna movimentam o conceito, desfazendo a impactação. Sempre quando há alteração da posição materna é importante realizar a hiperextensão dos membros inferiores.

I - MANOBRAS INTERNAS

- Realizar as manobras internas através do toque vaginal, mantendo a parturiente na posição de quatro apoios ou em decúbito dorsal combinado com Mc Roberts.
- Avaliar a necessidade de realizar episiotomia lembrando que a distocia de ombro é uma impactação óssea e a realização de uma episiotomia não vai fazer com que o ombro seja liberado. Realizar somente se for necessário para facilitar a entrada da mão na vagina a fim de realizar as manobras internas:
 - Manobra de Rubin I – Balançar os ombros do feto de um lado para o outro uma ou duas vezes, empurrando o abdome materno inferior.
 - Rubin II: colocar os dedos por trás do ombro anterior (no dorso fetal) e fazer uma pressão em direção ao tórax fetal, tentando promover a rotação do ombro anterior— essa manobra visa à desimpactação do ombro e à redução do diâmetro biacromial, pela adução da cintura escapular.
 - Manobra de Wood (parafuso): Manter a mesma posição dos dedos da manobra de Rubin, colocar os dedos da outra mão pela frente do ombro posterior e aplicar a força em direção ao dorso do feto. Assim, dois dedos estarão

no ombro anterior, no dorso fetal, realizando uma pressão para frente e dois dedos estarão no ombro posterior, no tórax fetal, realizando uma pressão para trás. O objetivo dessa manobra é mover a cintura escapular, como um parafuso, tirando o ombro impactado.

- Manobra do Parafuso Invertido (Woods invertida): colocar os dedos por trás do ombro posterior e tracionar em direção ao tórax fetal. Essa manobra visa a colocar o diâmetro biacromial fetal no diâmetro oblíquo da pelve materna para facilitar o desprendimento, girando o feto na direção oposta a manobra convencional de Woods.

D- DESPRENDER O BRAÇO POSTERIOR

- Introduzir sua mão e tentar localizar a mão do braço posterior (que não está impactado), ou seja, o braço que está voltado para o sacro materno. Não tentar retirar o braço anterior com esse manobra, pois há um grande risco de fratura de úmero.
- Tracionar a mão gentilmente, pelo tórax fetal, em caso de dificuldade de encontrar a mão, localizar o antebraço, fletir o cotovelo para que o antebraço possa ser liberado com um movimento de oscilação sobre a parte anterior do peito do feto. O braço nunca deve ser agarrado e puxado diretamente.
- Quando feita corretamente, ocorrerá o delivramento da mão, depois do braço e finalmente do ombro posterior. Com a manobra, o corpo fetal se move simultaneamente como um saca-rolha, facilitando a extração do ombro anterior e a ultimateção do parto.

A- AVALIAR MANOBRAS DE RESGATE

- São procedimentos de exceção, uma vez que 90% dos casos terão se resolvido com as manobras anteriores. Ao optar por esses procedimentos deve-se considerar a morbidade e a mortalidade materna que envolvem e o tempo decorrido desde o início da distócia, já com possíveis sequelas fetais.
- Fratura da clavícula – para reduzir o diâmetro biacromial, fazer uma pressão direta na: Clavícula fetal (porção média) para causar sua fratura, inicialmente no ombro impactado e, se necessário, bilateralmente, embora seja difícil de realizar propositalmente.
- Transferência para o hospital.

Mnemônico A SAÍDA para distócia de ombro

- A - Chamar ajuda; Avisar a parturiente; Aumentar o agachamento – Mc Roberts de acordo com a posição inicial da mulher
- S - Pressão suprapúbica
- A - Alterar a posição (quatro apoios)
- I - Manobras Internas – Avaliar necessidade de episiotomia
 - Manobra de Rubin II
 - Manobra de Wood
 - Manobra do parafuso invertido
- D - Desprender o ombro posterior
- A - Avaliar manobras de resgate

A ordem na qual estas manobras são realizadas é flexível. No entanto é essencial a

progressão lógica dos vários esforços. O julgamento clínico deve sempre guiar a progressão dos procedimentos realizados.

Após a resolução da distócia, informar aos pais e familiares o problema de forma precisa e detalhada e de todas as manobras realizadas. É importante descrever qual ombro (direito ou esquerdo) estava impactado, qual a sequência de manobras realizadas e o tempo empregado em cada manobra no prontuário clínico.

HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP)

DEFINIÇÃO: A hemorragia pós-parto pode ser definida como a perda sanguínea maior que 500 ml, clinicamente pode ser definida como a perda sanguínea suficiente para causar instabilidade hemodinâmica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: HPP imediata: Atonia uterina, lacerações do trajeto, retenção de placenta, rotura uterina, inversão uterina. HPP tardia: Restos placentários, hematoma puerperal, trajeto e trombina.

RESULTADOS ESPERADOS:

- Identificar rapidamente a hemorragia;
- Tomar conduta inicial no tratamento da hemorragia pós-parto;
- Transferir a puérpera com HPP em estado hemodinâmico estável;
- Evitar o choque hipovolêmico.

RESPONSÁVEIS:

Enfermeira(o) Obstetra/ Obstetrix

DESCRIÇÃO:

- Identificar precocemente a hemorragia e conduta inicial;
- Solicitar ajuda da equipe;
- Ativar protocolo de transferência;

Garantir o suporte básico de vida “CAB”:

C – Circulação

- Manter circulação com 2 acessos venosos calibrosos;
- Puncionar acesso venoso com cateter calibroso (nº 16 ou 1
- Iniciar infusão de SF 0,9% 500 ml com 20UI de ocitocina rápido e reposição volêmica com ringer lactato.

A – Vias aéreas B – Respiração, Avaliar vias aéreas - ofertar oxigênio com 10 a 15L/min em máscara facial.

MONITORIZAÇÃO

- Aferir de SSVV de 15 em 15 minutos (PA, pulso, respiração e temperatura);
- Controlar perda sanguínea a cada 5 minutos e pesar material com sangue (compressas, lençóis) para calcular perda sanguínea;
- Manter puérpera aquecida;
- Elevar membros inferiores.

TRATAMENTO

Usar o mnemônico “OS 4 T’S” (todas as causas devem ser avaliadas em no máximo 20 minutos após o início do sangramento):

1. **TÔNUS** - verificar tônus, fazer massagem uterina;
2. **TRAUMA** –verificar lacerações cervicais, vaginais, perineais, hematomas pélvicos;
3. **TECIDOS** – verificar tecidos retidos como restos placentários;
4. **TROMBINA** – verificar coagulopatias.

1- TÔNUS

1.1- MASSAGEM NO FUNDO UTERINO – Massagear até que o útero esteja contraído, assegurar que o útero não volte a ficar amolecido após a massagem.

1.2 - MASSAGEM BIMANUAL E COMPRESSÃO;

1.3 - OCITÓCICO: continuar a infusão do 1º soro com ocitocina (que deve ser infundido em 10 minutos), avaliar e providenciar o 2º soro fisiológico 500ml com 20 UI de ocitocina infundir 250ml/hora (em duas horas). Avaliar a necessidade de continuar a infusão no 2º acesso com Soro Ringer Lactato. Se o sangramento persistir e a dequitação da placenta já ocorreu:

1.4 – METILERGOMETRINA

Administrar uma ampola de metilergometrina 0,2mg, intramuscular. Pode ser administrado até duas ampolas em um intervalo de 2 a 4 horas. Obs.: **CONTRA-INDICADO EM CASO DE HIPERTENSÃO**

- Se o sangramento persistir, ativar protocolo de transferência.
- Atentar para o esvaziamento vesical, a distensão vesical dificulta a involução uterina.

2 – TRAUMA

2.1 – TRAUMA DE PARTO

- Identificar lacerações e suturá-las imediatamente;
- Administrar metilergometrina 0,2mg IM em vasto lateral esquerdo, se necessário;
- Em caso de dúvida realizar revisão da cérvix;
- Colocação de tampão vaginal se necessário;
- Drenar hematoma e colocar bolsa de gelo no períneo;
- Providenciar transferência em caso de laceração muito complicadas, de terceiro ou quarto grau.

2.2 – INVERSÃO UTERINA:

- Reconhecimento rápido;
- Segurar o fundo uterino com uma mão com os dedos em direção ao fórnix posterior; Levantar o útero para fora da pelve com força, segurando o útero na cavidade abdominal acima do nível do umbigo. Isto requer a introdução da mão e dois terços do antebraço dentro da vagina;
- Os ligamentos uterinos puxarão o útero de volta à posição;
 - Providenciar transferência;
 - Ruptura uterina ou hematoma de ligamento largo, manter suporte básico e transferir para o hospital de referência.

3 – TECIDO

3.1 – RETENÇÃO PLACENTÁRIA

- Na presença de HPP se a placenta ainda não dequitou:
- Fazer manejo ativo da dequitação;
- Atentar para esvaziamento vesical;
- Clampear o cordão umbilical próximo ao períneo, segurar o cordão clampeado e a pinça com uma mão;
- Apoiar o fundo uterino com uma das mãos espalmada, apoiando o segmento inferior com o polegar, logo acima da sínfise púbica (para prevenir inversão uterina);
- Manter tração contínua e controlada do cordão umbilical;
- Se a placenta não descer durante 30 a 40 segundos de tração controlada, sem nenhum sinal de deslocamento, suspender a tração;
- Segurar o cordão mantendo tensão, esperar nova contração e repetir tração controlada, se necessário clampar o cordão mais próximo do períneo quando ele se alonga; Não aplicar a tração no cordão sem aplicar a contra tração acima do osso púbico com a outra mão.
- Ficar atenta nos sinais vitais e volume da perda sanguínea;
- Providenciar transferência o mais rápido possível se não houver a dequitação;
- Normalmente a placenta acreta parcial é acompanhada de sangramento.

OBS: NÃO ADMINISTRAR METILERGOMETRINA.

3.2 – RESTOS OVULARES

- Se a placenta já dequitou, examinar a placenta quanto a integridade e/ou anomalias. Caso ocorra o sangramento após dequitação da placenta, sendo descartada a atonia e traumas, pensar em restos ovulares, fazer revisão da cavidade uterina, retirada quando possível de membranas ou coágulos em caso de dúvidas ou de confirmação de retenção uterina de restos placentários – proceder transferência

4 – TROMBINA

- Reposição de volume
- Realizar reposição de volume de acordo com a tabela de choque abaixo.
- Seguir reposição de cristalóide 3:1, máximo de 3 litros de ringer lactato ou soro fisiológico.
- Realizar sondagem vesical de demora para controle da velocidade de infusão. Em uma hora se a eliminação de urina for \geq a 25ml/hora diminuir gotejamento no segundo soro para 8horas. Para que toda reposição seja realizada em 12 horas e no máximo 24 horas (débito urinário adequado é de 30 a 50 ml/h).
- Em caso de perda sanguínea > 1500 ml deverá ser acionado protocolo de transferência.
- Perda sanguínea ≤ 1500 ml com sinais vitais alterados (classe 2 a 4) acionar protocolo de transferência.
- Perda sanguínea < 1500 ml e sangramento continuado acionar protocolo de transferência.
- Controle de SSVV de 30 em 30 minutos (PA, pulso, respiração e temperatura) pelas próximas 4 horas após conter a hemorragia; depois das 4 primeiras horas, manter controle de SSVV de 3/3 horas. Observar sinais clínicos e queixas:

cefaleia, edema palpebral, deambulação, se consegue realizar cuidados com RN.

HEMORRAGIA PÓS-PARTO – HPP

Inicial Detectar HPP

1º - Tônus

- Chamar ajuda
- Garantir suporte básico “CAB”:
- 2 Acessos venosos calibrosos (ocitocina e reposição volêmica com ringer lactato)
- Ofertar oxigênio com 10 a 15L/min em máscara facial.
- Monitorar SSVV a cada 15 minutos e calcular perda sanguínea a cada 5 minutos
- Inspeccionar e avaliar a causa da HPP – 4 Ts
- Massagem uterina e compressão bimanual imediatamente
- Ocitocina – 20 UI em 500 ml de SF 0,9% aberto (em 10 minutos); e depois: 20 UI em 500 ml de SF 0,9% 250ml/h (em 2 horas)
- Se o sangramento persistir: metilergometrina 0,2mg – intramuscular. Contraindicado na hipertensão
- Se o sangramento persistir: acionar imediatamente protocolo de transferência

2º- Trauma

- Avaliar lacerações vaginais e suturá-las imediatamente
- Administrar metilergometrina 0,2mg – intramuscular S/N
- Drenar hematomas
- Hematoma de ligamento largo – Manter suporte básico de vida e acionar transferência
- Inversão uterina – realizar manobra de Taxe, manter suporte básico de vida e acionar transferência
- Rotura uterina - Manter suporte básico de vida e acionar transferência

3º- Tecido

- Examinar a placenta e revisar a cavidade uterina retirando produtos retidos (membranas ou coágulos) em caso de dúvidas ou de confirmação de retenção uterina de restos placentários – proceder transferência
- Retenção placentária com HPP – realizar manejo ativo e se não houver a dequitação proceder transferência

4º- Trombina

- Acionar protocolo de transferência e manter suporte básico de vida
- Manter puérpera aquecida
- Calcular perda sanguínea - Pesar material com sangue
- Realizar reposição de volume de acordo com a tabela de choque
- Controle de SSVV de 30 em 30 minutos

REANIMAÇÃO MATERNA

- É o conjunto de ações realizadas frente à uma situação de Parada Cardio-Respiratória (PCR) durante a gravidez e até 42 dias após o parto.
- O feto de uma mãe em apneia e sem pulso tem dois minutos ou menos de reserva de oxigênio, assim a duração tolerável de apneia e ou ausência de pulso para uma mulher grávida é apenas 4 minutos.

RESULTADOS ESPERADOS:

- Identificar precocemente qualquer alteração nos sinais vitais.
- Restabelecer e preservar a integridade dos órgãos nobres: sistema nervoso central, coração e suprarrenais.

RESPONSÁVEIS:

Enfermeira(o) Obstetra/ obstetriz

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

1. Agulha 30x8
2. Agulha 40x12
3. Algodão
4. Ambú
5. Cateter nasal
6. Cateter intravenoso nº 16, 18 e 20
7. Equipo de macrogotas
8. Estetoscópio
9. Extensão de látex para oxigênio
10. Máscara laríngea
11. Máscara nebulizadora
12. Máscara para ambú
13. Fita adesiva microporosa (micropore)
14. Oxímetro de pulso
15. Seringa 20 ml 10 ml 5ml 3 ml
16. Sf 0,9% 10ml
17. Soro fisiológico 500ml
18. Soro ringer lactato 500ml
19. Gaze 7,5 x 7,5 (pacote)
20. Tesoura 1

DESCRIÇÃO INICIAR CABD DA REANIMAÇÃO

1 C – compression – circulação – massagem cardíaca

2 A – airway - ar – abrir vias áreas

3 B – breath – respiração – boa ventilação

4 D – desfibrilação

- Verificar se não há respiração (ou se há somente gasping) e verifique o pulso, simultaneamente por até 10 segundos (5 a 10 segundos);
- Pulso presente e respiração anormal: administre ventilações de resgate – 1 ventilação com pressão positiva a cada 5 a 6 segundos ou cerca de 10 a 12 respirações/minuto. Ative o protocolo de transferência após 2 minutos. Continue

as ventilações verificando o pulso a cada 2 minutos. Na ausência de pulso inicie a RCP;

- Pulso e respiração ausente – Inicie compressões torácicas 100 a 120 / min, rebaixar o tórax de 5 a 6 cm. Ciclos de 30 compressões e duas ventilações com pressão positiva com oxigênio (10 l/min)
- Deslocar manualmente o útero para a esquerda para o alívio da compressão aortocava (se a altura do fundo for igual ou superior ao nível do umbigo);
- MANTER RCP 30:2 - Velocidade de 100 a 120 compressões por minuto
- Ventilações de duração de 1 segundo
- Colocar desfibrilador e seguir as instruções;
- Transferir assim que possível mantendo RCP;
- Reavaliar pulso após 5 ciclos;
- Informar a família sobre a situação;
- Equipe deve prestar apoio emocional.

ATENÇÃO

- Aplicar compressões torácicas até uma profundidade de, pelo menos, 2 polegadas (5 cm) para um adulto médio, evitando excesso na profundidade das compressões torácicas (2 mãos sobre a metade inferior do esterno);
- Evitar apoiar-se no tórax entre as compressões para que haja retorno total da parede do tórax após cada compressão - ventilar adequadamente (2 respirações após 30 compressões, cada
- Respiração administrada em 1 segundo, provocando a elevação do tórax);
- Limite as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos.

REANIMAÇÃO NEONATAL

DEFINIÇÃO: A reanimação sempre começa com uma avaliação rápida do recém-nascido. Devendo ser realizada de forma sistemática, por equipe capacitada e com eficiência.

RESULTADOS ESPERADOS:

- Garantir o suporte básico de vida;
- Garantir atuação rápida e eficaz

RESPONSÁVEIS:

Enfermeira(o) Obstetras/Obstetriz

MATERIAIS/ EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- O ambiente térmico adequado para o recém-nascido é de 24 a 26°C, sem corrente de ar na sala de parto;
- Fonte de calor radiante (36°C na mesa onde receberá os primeiros cuidados);
- Mesa de reanimação com acesso por 3 lados;
- Oxímetro de pulso com sensor neonatal;
- Fonte de oxigênio;
- Aspirador a vácuo com manômetro;

- Relógio com ponteiro de segundos.
- Termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente;
- Campos secos aquecidos;
- Sondas de aspiração traqueal número 8 e 10 e pera de borracha;
- Sondas gástricas curtas número 6 e 8 ;
- Seringa de 20 ml;
- Reanimador manual neonatal (balão autoinflável com volume máximo de 750 ml, reservatório de oxigênio e válvula de escape com limite de 30-40 cm H₂O e/ou manômetro)
- Estetoscópio Neonatal;
- Luvas e óculos de proteção individual;
- Compressas e gazes esterilizadas;
- Tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical.

DESCRIÇÃO

- Identificar precocemente qualquer alteração na frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto, comunicar equipe;
- Se tempo hábil acionar protocolo de transferência;
- Conversar com a usuária e familiares, informando sobre a situação;
- Preparar materiais e equipamentos para possível reanimação:

- 1- Organizar o equipamento de reanimação antes do nascimento, lembrando de testar o ambu, o aspirador e o fluxo de oxigênio, para garantir seu funcionamento correto;
- 2- Colocar todos os materiais de reanimação em local de fácil acesso e visualização.

EM CASOS QUE OCORRER O NASCIMENTO:

- Após o nascimento, avaliar imediatamente a necessidade de reanimação:
- A necessidade de reanimação depende da avaliação rápida de quatro situações referentes à vitalidade do conceito, sendo feitas as seguintes perguntas:

- 1- Gestação a termo?
- 2- Respirando ou chorando?
- 3- Tônus muscular bom?

Se a resposta é sim a todas as perguntas, considera-se que o RN está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação.

Observar e determinar:

- A respiração ou o choro,
- O tônus muscular,
- A presença de líquido meconial,
- O batimento cardíaco,
- O tempo transcorrido em segundos.
- A reanimação depende da avaliação simultânea da respiração e da frequência cardíaca (FC).
- A FC é o principal determinante da decisão de indicar as diversas manobras de reanimação.

- Logo após o nascimento, o RN deve respirar de maneira regular, suficiente para manter a FC acima de 100 bpm. A FC deve ser avaliada por meio da ausculta do precórdio com estetoscópio, podendo eventualmente ser verificada pela palpação do pulso na base do cordão umbilical. Se, no entanto, o neonato ao nascer, não está respirando e/ou apresenta-se hipotônico, sem vitalidade adequada ao nascer, o cordão umbilical deve ser clampeado e o RN deverá ser conduzido à mesa de reanimação, ou se o cordão umbilical apresenta pulsação e a enfermeira obstetra (o)/obstetrix preferir, poderá realizar as manobras ainda com o cordão umbilical intacto, colocando o RN sobre uma superfície rígida de calor radiante. Indica-se os seguintes passos:
- Prover calor: Recepcionar o RN em campos aquecidos e coloca-lo sob calor radiante. Após a colocação sob fonte de calor radiante e a realização das medidas para manter as vias aéreas permeáveis*, é preciso secar o corpo e a região da fontanela e desprezar os campos úmidos.
- Um cuidado especial deve ser dirigido no sentido de evitar a hipertermia, pois pode agravar a lesão cerebral em usuárias asfíxiados.
- Recomenda-se que a temperatura axilar do RN seja mantida entre 36,5- 37,5°C
- (normotermia), desde o nascimento até a admissão no alojamento conjunto ou na unidade neonatal.
- Manter a permeabilidade das vias aéreas: posicionar a cabeça do RN, com uma leve extensão do pescoço. Evitar a hiperextensão ou a flexão exagerada do mesmo. Por vezes, é necessário colocar um coxim sob os ombros do RN para facilitar o posicionamento adequado da cabeça.
- Aspirar vias aéreas (se necessário): A aspiração de vias aéreas está reservada às usuárias que apresentam obstrução à respiração espontânea por secreções. Aspirar delicadamente a boca e depois as narinas, deverão ser aspiradas delicadamente com sonda traqueal nº 8 – 10 conectada ao aspirador a vácuo, sob pressão máxima aproximada de 100 mmHg. Se o líquido for meconial usar sonda de aspiração traqueal nº 10. Evitar a introdução da sonda de aspiração de maneira brusca ou na faringe posterior, pois pode induzir à resposta vagal e ao espasmo laríngeo, com apneia e bradicardia. A aspiração da hipofaringe também deve ser evitada, pois pode causar atelectasia, trauma e prejudicar o estabelecimento de uma respiração efetiva.
- Tais passos devem ser executados em, no máximo, 30 segundos.
- Avaliar a respiração e a FC: Se houver vitalidade adequada, com respiração rítmica e regular e FC >100 bpm, o RN deve receber os cuidados de rotina na sala de parto.
- Se o RN, após os passos iniciais, não apresenta melhora, presença de apneia, respiração irregular e/ou FC <100 bpm (auscultar por 6 segundos e multiplicar o valor por 10), indica-se a ventilação com pressão positiva.
- Iniciar ventilação com pressão positiva em ar ambiente:
- O ponto crítico para o sucesso da reanimação neonatal é a ventilação pulmonar adequada, fazendo com que os pulmões do recém-nascido se inflem.

Assim, após os cuidados para manter a temperatura e a permeabilidade das vias aéreas do RN, a ventilação precisa ser iniciada nos primeiros 60 segundos de vida (“The Golden Minute”). A ventilação pulmonar é o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do RN em sala de parto.

- Monitorar saturação de oxigênio: Aplicar o sensor no membro superior direito, de preferência na região do pulso da radial.

Reavaliar em 30 segundos:

- Respirando ou chorando e $FC > 100$ bpm: suspender reanimação.
- $FC < 100$ bpm: Assegurar VPP com técnica adequada, considerar oxigênio suplementar a 100%.
- $FC < 60$ bpm: Ventilação com pressão positiva (máscara e balão auto-inflável) com oxigênio a 100% + Compressão torácica (relação 3:1 com ventilação)
Mascara laríngea
- Iniciar protocolo de transferência.

Reavaliar em 60 segundos:

- $FC < 60$ bpm: transferência urgente para o hospital de referência, mantendo a reanimação.
- $FC < 60$ bpm e < 100 bpm: Continuar reanimação: Parar compressão torácica, manter ventilação com pressão positiva (máscara e balão auto inflável) com oxigênio a 100%.

Reavaliar FC e respiração em 60 segundos:

- Respirando ou chorando e $FC > 100$ bpm: Suspender reanimação
- Oxigênio inalatório
- Transferência para o hospital de referência

CAPÍTULO 5: POP

PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA

Responsáveis:

Enfermeira Obstetra/obstetizes

Executantes:

Enfermeira Obstetra/obstetizes

1 – Definição: Partograma é um retrato gráfico da evolução do parto.

2 - Resultados esperados

Avaliar e documentar a evolução do trabalho de parto;

Indicar tomada de condutas apropriadas.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

Impresso: Partograma

Descrição

1. Iniciar o registro gráfico quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto, vide recomendações;
2. Marcar a dilatação inicial com um triângulo no ponto correspondente do gráfico;
3. Marcar na mesma coluna da dilatação com um círculo a altura da apresentação no Plano de De Lee (método utilizado para demonstração da descida da apresentação em relação à bacia materna, tendo as espinhas isquiáticas como sendo o ponto de referência, denominado “0”);
4. Ainda na mesma coluna, anotar o esvaecimento do colo, a variedade de posição, condição da bolsa das águas e do líquido amniótico, padrão das contrações uterinas, valor do batimento cardio-fetal, uso de medicações, intervenções, práticas integrativas e horário que foi realizada a avaliação;
5. Traçar na hora seguinte e 1 cm acima, a linha de alerta e em paralelo, 4 horas após, no 4º espaço, a linha de ação;
6. No partograma, cada divisão completa corresponde a uma hora;
7. Registrar cada procedimento realizado de acompanhamento do trabalho de parto no partograma, logo após a sua execução.
8. Definição e identificação de distócias: A identificação é feita pela observação das curvas de dilatação cervical e de descida da apresentação expressas no partograma (ver protocolo parada de progressão).

Recomendações

- A fase ativa do trabalho de parto é caracterizado em geral por três contrações eficientes em 10 minutos e dilatação cervical mínima de 4 centímetros. Em caso de dúvida aguardar 2 horas e realizar novo toque vaginal: velocidade de dilatação de 1 cm /hora, verificada em 2 toques sucessivos confirma o diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto traçando a linha de alerta e de ação.
- Na evolução normal do trabalho de parto, a curva de dilatação cervical se processa à esquerda da linha de ação.
- Em casos de trabalhos de parto prolongados, qualquer parâmetro materno ou fetal alterado justificará a remoção da parturiente em ambulância para o hospital de referência.

REFERÊNCIAS

- 1- Manual técnico das casas de parto município de são paulo, Versão Preliminar, Serie Enfermagem SMS-SP, 2016, P.1-175.
- 2- Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS), Centro de Parto Normal (CPN) “Dr. David Capistrano da Costa Filho” Belo Horizonte, Janeiro/2010, p.1-27.
- 3- ALSO Brasil, Advanced Life Support in Obstetrics, Manual e Programa de Estudos; São Paulo: Savier Editora de Livros Médicos, 2016.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.