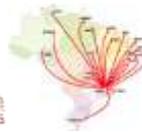




UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA CEEO II –
REDE CEGONHA

**Implantação de um Protocolo de Assistência de Enfermagem para a
Maternidade Mãe Lúcia do município do Ipojuca – PE, baseado nas Boas
Práticas da Rede Cegonha**

RECIFE - PE

2017

Karla Dayanne Nunes Barbosa Menezes

**Implantação de um Protocolo de Assistência de Enfermagem para a
Maternidade Mãe Lídia do município do Ipojuca – PE, baseado nas Boas
Práticas da Rede Cegonha**

**Projeto de intervenção apresentado ao
Curso de Especialização em
Enfermagem Obstétrica – CEEO II -
Rede Cegonha (UFMG/ UFPE), como
requisito parcial para obtenção do
Título de Especialista.**

Orientadora: Prof^a. Dra. Tatiane Guedes

RECIFE - PE

2017

Karla Dayanne Nunes Barbosa Menezes

**Implantação de um Protocolo de Assistência de Enfermagem para a
Maternidade Mãe Lídia do município do Ipojuca – PE, baseado nas Boas
Práticas da Rede Cegonha**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – CEEO II - Rede Cegonha (UFMG/ UFPE), como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Obstetrícia.

APROVADO EM: ___/___/_____

PROF^a. Dra. Tatiane Guedes

PROF^a. Dra. Sheyla Costa

RESUMO

KARLA DAYANNE NUNES BARBOSA MENEZES. **Implantação de um Protocolo de Assistência de Enfermagem para a Maternidade Mãe Lídia do município do Ipojuca – PE, baseado nas Boas Práticas da Rede Cegonha.** 85p. 2017.

A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais que integram normalmente a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres. A assistência hospitalar ao parto, especialmente nos serviços públicos, continua ocorrendo em ambientes desfavoráveis, sem privacidade, suporte e apoio de familiares, com uso de procedimentos rotineiros e sem base em evidências científicas. Face a essa realidade surge o gatilho por parte do Ministério da Saúde de buscar implementar através de uma nova estratégia “a Rede Cegonha”, mais ações humanizadas na prática em obstetrícia. O objetivo geral deste trabalho é instituir um protocolo de assistência baseada nas Boas Práticas da Rede Cegonha direcionado a equipe de enfermagem do Centro Obstétrico da Maternidade Municipal Mãe Lídia que fica localizada na cidade do Ipojuca na Mata Sul de Pernambuco, região metropolitana do Recife, onde foi construído um protocolo de assistência em parto e nascimento baseado nas boas práticas preconizadas pela Rede Cegonha. Com a construção desse Protocolo esperamos a sua incorporação às práticas já vigentes realizadas pela equipe de enfermagem, o qual poderá trazer muitos benefícios, dentre eles, uma assistência mais humanizada e ordenada, através da absorção de novos saberes, do aprimoramento da mão de obra e da atualização de conteúdos de uso rotineiro na instituição.

DESCRITORES: Parto; Boas práticas; Rede Cegonha.

Agradecimentos

Primeiramente à Deus pela vida e pela oportunidade de participar e estar finalizando um curso tão bem conceituado e de grande importância no cenário obstétrico vigente em nosso país;

À todos os professores e professoras que estiveram envolvidos neste projeto grandioso que é o CEEO II;

À Professora Tatiane Guedes pela dedicação e empenho, cuja as orientações foram de grande valia na construção desse projeto;

À Professora Sheila Costa pela enorme dedicação enquanto “enfrentante” dos desafios diários que cerceavam o Projeto CEEO II;

Aos preceptores, em especial a Delmilena Aquino, Luizianne Souza e Tiago Sandes pelo convívio tão prazeroso, atores envolvidos diretamente na construção dos nossos saberes e da nossa tão desejada formação;

Às gestantes, parturientes, puérperas e seus filhos que humildemente entregaram-se aos nossos cuidados, acreditaram em nós, foram firmes e fortes e que nos enriqueceram de diversos valores, entre os quais o amor foi o sentimento mais importante, e que foi constantemente demonstrado e quiçá tenha sido o nosso maior aprendizado;

À Maternidade Professor Arnaldo Marques pelo o espaço cedido de maneira tão generosa e empática;

Ao PSF do Jordão Alto e às enfermeiras responsáveis pela assistência na unidade, especialmente pelas valiosas informações;

Às doulas da Maternidade Arnaldo Marques pelo convívio do espaço, a valiosa troca de saberes e pelo exemplo de perseverança e de amor ao próximo;

Às Universidades Federais de Minas Gerais e de Pernambuco pelo empenho em realizar esse grandioso projeto;

Aos gestores municipais do Ipojuca e à Maternidade Mãe Lídia pela oportunidade de fazer parte desta família;

Às colegas que estiveram comigo nessa caminhada;

Aos meus familiares, em especial minha filha Giovanna, pela paciência e compreensão de minhas ausências.

O meu muito obrigada!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
2.1 OBJETIVO GERAL	Erro! Indicador não definido.
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Erro! Indicador não definido.
3 METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO	Erro! Indicador não definido.
3.1 LOCAL QUE SERÁ EXECUTADO O PROJETO	Erro! Indicador não definido.
3.2 POPULAÇÃO ALVO	Erro! Indicador não definido.
3.3 SÍNTESE DA INTERVENÇÃO	Erro! Indicador não definido.
3.4 AVALIAÇÃO.....	Erro! Indicador não definido.
4 RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES	Erro! Indicador não definido.
4.1 O MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HOSPITALAR VIGENTE	Erro! Indicador n
4.2 O MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA BASEADO NA REDE CEGONHA.....	Erro! Indicador não definido.
4.3 BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	Erro! Indicador não defin
4.4 PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO E NASCIMENTO BASEADO NA REDE CEGONHA.....	Erro! Indicador não definido.
4.4.1 marco legal	Erro! Indicador não definido.
4.5 ASSISTÊNCIA À MULHER	Erro! Indicador não definido.2
4.5.1 Acolhimento à gestante	Erro! Indicador não definido.2
4.5.2 admissão no bloco obstétrico	Erro! Indicador não definido.2
4.5.3 Assistência durante o trabalho de parto	Erro! Indicador não definido.3
4.5.4 Assistência durante o período de dilatação	Erro! Indicador não definido.4
4.5.5 Assistência ao período expulsivo	Erro! Indicador não definido.9
4.5.6 Assistência durante a dequitação e pós dequitação	Erro! Indicador não definido.5
4.5.7 Quarto período do parto: Greenberg	Erro! Indicador não definido.7
4.6 REALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS.....	Erro! Indicador não definido.5
5 RESULTADOS ESPERADOS	Erro! Indicador não definido.6
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.7
7 CRONOGRAMA	Erro! Indicador não definido.8
8 ORÇAMENTO	Erro! Indicador não definido.9
REFERÊNCIAS	80

1 INTRODUÇÃO

A gravidez e o parto são eventos biopsicossociais que integram normalmente a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também a família e a comunidade. A gestação, o parto e o pós-parto constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam (BRASIL, 2013).

A assistência hospitalar ao parto, especialmente nos serviços públicos, continua ocorrendo em ambientes desfavoráveis, sem privacidade, suporte e apoio de familiares, com uso de procedimentos rotineiros e sem base em evidências científicas. Durante a evolução do parto não se observa a sua fisiologia, buscando-se, constantemente, correções do processo por meio da medicalização e do uso de intervenções que provocam consequências negativas sobre a saúde de mães e bebês (NARCHIN; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Consolidado em nosso meio, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho (a). Se por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro lado permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde. Como consequência, as mulheres e recém nascidos são expostos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, aspiração naso-faríngea, além de outras (BRASIL, 2016).

Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de maneira parcimoniosa apenas em situações de necessidade, são rotineiras e atingem quase a totalidade das mulheres e seus filhos (as) que são assistidos em hospitais no país. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. Quando as mulheres procuram ajuda, além da preocupação sobre a sua saúde e a de seus filhos (as), estão também em busca de uma compreensão mais ampla e abrangente da sua situação, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e

do parto, em particular, é único na vida e carregado de fortes emoções. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas (BRASIL, 2016).

Face a essa realidade surge o incômodo por parte do Ministério da Saúde de busca implementar através de uma nova estratégia “Rede Cegonha” ações humanizadas na prática em Obstetrícia com a finalidade de reduzir ao máximo as intervenções desnecessárias, que não possuem evidências científicas sólidas e que conseqüentemente não altera o quadro da morbimortalidade materna e infantil vigente em nosso país.

A Rede Cegonha foi implantada em 2011 e é uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde, que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2014).

A Rede Cegonha foi instituída pela Portaria MS/GM nº 1.459/2011, incentiva a inovação e a excelência na atenção pré-natal, assistência ao parto e ao pós-parto, bem como nas ações em torno do desenvolvimento da criança durante os primeiros dois anos de vida. Trata-se de uma estratégia para garantir às mulheres e às crianças uma assistência que lhes permita vivenciar a experiência da maternidade e nascimento com segurança, respeito e dignidade, afirmando que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher, parceiro(a) e sua família (BRASIL, 2014).

Inserido no contexto preconizado pela Rede Cegonha destaca-se às Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento realizadas pelas equipes de cuidado, as quais deverão ser capacitadas permanentemente em prol de assistirem a esse momento de maneira segura, respeitosa e humana. Para que se concretize essas ações faz-se necessária a implantação de um protocolo assistencial que norteie todas as equipes envolvidas neste cenário.

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. A incorporação das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento pelas

equipes de cuidado é, sem dúvida, uma das ações com maior impacto na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011).

Os profissionais de saúde são coadjuvantes, ou assistentes dessa experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ao reconhecer os momentos críticos e necessidade de intervenções para assegurar a saúde de ambos. Assim, torna-se possível otimizar recursos; minimizar os medos, os desconfortos e a dor; prover suporte; esclarecer; orientar; enfim, auxiliar e assistir a mulher ao parto e o bebê ao nascimento. São os profissionais de saúde os primeiros a tocarem cada ser que nasce e a terem consciência da responsabilidade em um processo de múltiplos nascimentos: o nascimento de um bebê, uma mãe, um pai e uma nova família (BRASIL, 2013).

Constata-se que a Rede Cegonha vislumbra uma abordagem inovadora, voltada para a assistência materno infantil como um todo, abrangendo períodos de vida primordiais no desenvolvimento do ser humano, e que envolve diversos atores neste cenário, através do acolhimento humanizado, e das Boas Práticas em Obstetrícia, é possível assistir de forma plena a mulher e sua família desde o período pré-concepcional até os dois anos de vida da criança.

Com intuito de promover o bem estar da gestante/parturiente da Maternidade Mãe Lídia no município do Ipojuca região metropolitana do Recife, lançamos mão das boas práticas de assistência ao parto e nascimento preconizadas pela Rede Cegonha, cujo foco é a garantia dos direitos desses seres nesse momento tão crucial da vida. Sabendo que uma assistência respeitosa e embasada em programas de alcance nacional trazem melhores resultados, buscamos construir um instrumento que norteie as condutas da equipe de enfermagem do bloco obstétrico da Maternidade supracitada.

É vital a necessidade de construir um protocolo de assistência de enfermagem baseado nas Boas Práticas preconizadas pela Rede Cegonha na referida maternidade e adotá-lo como ferramenta para nortear as ações em saúde materno infantil visto não existir nenhum documento formalmente elaborado pela referida instituição.

No que diz respeito a viabilidade operacional e financeira das ações propostas, estas serão possíveis de serem implantadas por serem tratadas de ações

simples, que demandam baixo custo operacional e que poderá contribuir com a melhoria da qualidade dos serviços.

Nesse contexto, o presente projeto visa implementar um protocolo de assistência de enfermagem para assegurar às mulheres e seus recém nascidos um cuidado baseado nas Boas Práticas preconizadas pela Rede Cegonha durante o trabalho de parto, parto e nascimento no bloco obstétrico da Maternidade Mãe Lídia no município do Ipojuca. Do exposto, surge o questionamento: Um protocolo de assistência baseado nas Boas Práticas direcionado a equipe de enfermagem do centro obstétrico da maternidade mãe Lídia traria melhorias ao atendimento das gestantes/parturientes dessa instituição?

Face ao exposto, temos como justificativa:

- ▶ Ausência de protocolos que norteiem as ações da equipe de enfermagem durante o parto e nascimento;
- ▶ Profissionais que desconhecem a temática das boas práticas na assistência ao parto e nascimento;
- ▶ Necessidade de documentos formais que normatizem a prestação da assistência disponibilizada pela instituição para conhecimento de profissionais assistenciais, gestores e usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Instituir um protocolo de assistência baseada nas Boas Práticas da Rede Cegonha direcionado a equipe de enfermagem do Centro Obstétrico da Maternidade Municipal Mãe Lídia do Ipojuca - PE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Normatizar a atuação profissional das Enfermeiras Obstetras da Maternidade Mãe Lídia junto à Secretaria de Saúde deste município;
- Padronizar as ações da Enfermagem Obstétrica que garantam o exercício das boas práticas de atenção à saúde da mulher, neonato e família no ciclo gravídico-puerperal, baseado nas evidências científicas;
- Fortalecer a atuação das(os) enfermeiras(os) obstetras, oferecendo subsídios técnico-científicos para sua atuação;

3 METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO

3.1 LOCAL QUE SERÁ EXECUTADO O PROJETO

O Projeto será desenvolvido na Maternidade Mãe Lídia que fica localizada na cidade de Ipojuca na Mata Sul de Pernambuco, região metropolitana do Recife. O município possui uma área com extensão de 527.107 Km² com uma população de 92.965 habitantes (IBGE, 2016). A Maternidade Mãe Lídia realizou no ano passado 6087 atendimentos em urgências obstétricas, dos quais 516 foram partos normais, 121 partos cesáreos e 781 foram transferências referenciadas para outras unidades. Realiza partos normais, partos cesarianos, curetagens, laqueaduras, pequenas cirurgias eletivas e implante de DIU.

A Maternidade Mãe Lídia sofreu uma reforma geral em 2016 o que causou uma ampliação do seu espaço físico, aquisição de novos equipamentos bem como aumento do número de leitos e de profissionais, especialmente de médicos e da Enfermagem. Suas atividades permaneceram voltadas para assistência obstétrica e neonatal de risco habitual e não está aberta para Central de Partos, atendendo apenas ao próprio município. As gestantes de Alto Risco do Município são reguladas e transferidas pela Central de Leitos do Estado de Pernambuco.

Para o desenvolvimento deste projeto foi realizado previamente um diagnóstico situacional da Maternidade Mãe Lídia, onde identificamos como prioridade para uma possível intervenção, a construção de um protocolo de assistência de Enfermagem adaptado para o manejo de parto e nascimento baseado nas Boas Práticas. Através da observação do próprio ambiente se constatou que as condutas dos profissionais de enfermagem eram difusas, diferenciadas de um profissional para outro, seguindo padrões questionáveis sem nenhuma evidência científica, corroborando com um serviço sem rotinas fixas.

Observou-se que os profissionais de enfermagem, especialmente, se sentiam inseguros nas tomadas de decisões, por não existirem rotinas previamente estabelecidas, e conseqüentemente, por medo de trazerem algum dano aos pacientes. Sob essa ótica, surgiu a necessidade de se unificar as condutas de enfermagem em um protocolo específico para parto e nascimento baseado nas Boas Práticas preconizadas pela Rede Cegonha.

Para que os profissionais envolvidos adotem esse protocolo, faz-se necessário capacitá-los e sensibilizá-los para que o incorpore como ferramenta de trabalho, materializando-se em práticas resolutivas e adaptáveis conforme as necessidades dos usuários. Dessa forma, através da implementação desse projeto busca-se proporcionar a autonomia dos profissionais envolvidos na assistência, os quais possam atuar com qualidade e segurança, prevenindo e diminuindo os agravos à saúde das mulheres e seus recém nascidos, demonstrando respeito à dignidade humana e garantindo os direitos que rotineiramente são percebidos como negligenciados nesta área de cuidados à saúde.

3.2 POPULAÇÃO ALVO

Enfermeiras (7) e técnicas de enfermagem (21) que atuam no bloco obstétrico da Maternidade Mãe Lídia.

3.3 SÍNTESE DA INTERVENÇÃO

- ▶ O Protocolo foi formulado conforme as boas práticas preconizadas pela Rede Cegonha e fomentadas pelo Ministério da Saúde;
- ▶ As oficinas serão ministradas semanalmente e terão caráter educativo com ênfase na teoria;
- ▶ Será trabalhada a temática escolhida no próprio ambiente laboral.
- ▶ Nesta ação, estarão envolvidos os profissionais de enfermagem, conforme escala de trabalho, os quais terão contato com instrumentos que facilitarão o processo de desenvolvimento de aprendizagem baseados em evidências científicas conforme preconizado pela Rede Cegonha;
- ▶ Para o desenvolvimento das atividades, serão utilizados material impresso, recursos áudio visuais, dinâmicas de grupo e exposição teórica;
- ▶ A nossa atuação será como facilitadora na exposição do conteúdo teórico e incentivadora para que as boas práticas sejam gradativamente adotadas pelo grupo;

- ▶ Realizar reuniões inicialmente com o GT da Maternidade para expor o conteúdo e subsequentemente discutir os ajustes para melhorar a abordagem da temática;
- ▶ Realizar reuniões com a equipe de enfermagem da maternidade para avaliação e sensibilização do uso do protocolo como ferramenta para a assistência às gestantes/parturientes baseado nas Boas Práticas;
- ▶ Sensibilizar às Profissionais de Enfermagem do Bloco Obstétrico da Maternidade Mãe Lídia a acolher 100% das gestantes/parturientes baseado no protocolo em questão;
- ▶ Dispor cartazes/Banners explicativos acerca de informações pertinentes às boas práticas no parto e nascimento para visualização pelos profissionais e conhecimento do usuário durante sua permanência na unidade;
- ▶ Será disposto às profissionais conteúdos sobre evolução do trabalho de parto, estímulos à deambulação, técnicas de respiração e relaxamento, mecanismos não farmacológicos para alívio da dor, massagens com óleos essenciais, banhos mornos, utilização de instrumentos disponíveis para verticalização, orientações sobre liberdade de posição, contato pele a pele, incentivo ao aleitamento materno precoce na primeira hora de vida, clampeamento oportuno de cordão, preferencialmente após três minutos, liberação do acompanhante de livre escolha da parturiente em todo período pré-parto, parto e pós-parto.

3.4 AVALIAÇÃO

- Utilização de formulários de perguntas e respostas, aplicados aos profissionais de enfermagem em forma de pré-teste e pós teste;
- Uso da escala de Likert para avaliação da experiência dessas profissionais com o uso do protocolo no serviço;
- Uso da escala Likert para avaliar a satisfação das puérperas que foram contempladas com a assistência da equipe de enfermagem após o uso do protocolo;

- Mudança nos indicadores epidemiológicos com o aumento do número de partos conduzidos pela equipe de enfermagem, com o mínimo de intervenções.

4 RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES

4.1 O MODELO DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA HOSPITALAR VIGENTE

O parto e o nascimento são acontecimentos fundantes da vida humana. O modo como cuidamos destes eventos reflete os valores da nossa sociedade, os quais são ao mesmo tempo determinantes da assistência ao parto, que os ratificam. Muito antes do surgimento das ciências médicas, as comunidades e especialmente as mulheres criavam seus modos de parir e nascer. Experiência genuína da sexualidade, este é um evento de cunho familiar, social e afetivo da vida de mulheres e homens, fortemente influenciado pela cultura (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Dar à luz de forma natural a um bebê saudável é uma das experiências mais intensas da vida de uma mulher. A boa vivência desse momento, a qualidade da atenção prestada durante a gravidez, o parto e após o nascimento podem ter efeitos marcantes sobre a vida da mãe e do bebê. Uma assistência humanizada ao parto e ao nascimento se fundamenta no respeito, na dignidade e autonomia das mulheres e das crianças (BRASIL, 2013).

Com o desenvolvimento industrial, científico e tecnológico e a promessa de controle sobre a natureza e os eventos da vida e de se reduzir riscos, o parto foi levado gradativamente, a partir do século XIX e de forma mais acelerada no século XX, para o ambiente hospitalar. Esta mudança do lugar do parto correspondeu também a uma mudança do modelo de assistência. De evento outrora domiciliar centrado na mulher, com participação ativa da família no processo e a parteira como colaboradora, o parto hospitalar passou a ser concebido no modelo tecnocrático, contando com a entrada da figura masculina no saber e práticas obstétricas, fator determinante para a introdução de um novo olhar e construção de novos sentidos para o parto e nascimento (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Para esses mesmos autores acima mencionados, a mudança de ambiente retira da mulher o seu papel de protagonista, ela se torna frágil, se submetendo cada

vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e a violenta. O momento do parto e nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à integridade da vida, sendo muitas vezes indesejado por elas. Uma das consequências deste modelo é a perda da capacidade dos profissionais se afetarem por este rito de passagem, com a pulverização dos significados que o parto e nascimento tomam na construção da vida social, dando lugar ao que é prático, rápido e, certamente, mais lucrativo.

Os autores reforçam que uma forte expressão deste viés é a negação ao direito ao acompanhante no parto que, apesar de ser garantido por lei, é interdito às usuárias do SUS. O apoio contínuo durante o parto traz inegáveis benefícios tanto para a mulher quanto para o bebê sendo uma incongruência e uma negligência a privação desta tecnologia nos dias de hoje. Porém, ao consultar profissionais e gestores sobre este direito, justificativas de ordem organizativa do serviço ou estrutural são pontuadas, como falta de espaço, álibis para se manter o estado de coisas.

Concluem que a atitude de desatenção e distanciamento dos profissionais de saúde para com as necessidades de apoio durante o trabalho de parto sela a relação autoritária entre eles, ilustrada por tratamentos discriminatórios e culpabilizadores. Dessa forma, muitas práticas são rotineiramente impostas às parturientes sem critérios ou base científica, culminando num momento doloroso ao qual essas mulheres são expostas.

Exemplos claros do exposto acima, obrigar a mulher a permanecer deitada no trabalho de parto, expor suas partes mais íntimas a qualquer um, dar ordens verbais que desqualificam o trabalho íntimo que ela realiza, demonstram o quanto as práticas de atenção ao parto são forjadas na concepção de que este é um momento de exercício de poder sobre a mulher, desconsiderando suas competências próprias (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

A tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) adotada como rotina na admissão do pré-parto é hoje considerada um procedimento totalmente desnecessário por não apresentar nas revisões de estudos científicos comprovação dos supostos efeitos protetores contra infecção. Porém permanece a visão entre os profissionais de saúde e até mesmo entre as mulheres de que os pelos pubianos são sujos, uma associação ao sexo de uma mulher adulta, e raspá-los seria a infantilização e dessexualização da vulva (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

A episiotomia, intervenção com o objetivo de ampliar o canal vaginal para facilitar a saída do bebê e proteger o assoalho pélvico, é outro exemplo de práticas desaconselhadas pelas evidências científicas. É a cirurgia ginecológica mais realizada e com menos comprovação quanto à sua eficácia, sendo muitas vezes iatrogênica. Pela frequência com que ela é realizada, talvez seja a mais significativa mudança em termos de custos para as mulheres e para o serviço de saúde. A ideia de que o parto vaginal deixaria a mulher “larga” e que a episiotomia devolveria “a condição virginal da mulher” permanece como mito da sexualidade. Comprovando justamente o contrário, os estudos científicos encontraram períneos mais tônicos nas mulheres que tiveram parto normal e não se submeteram à episiotomia, inclusive as que tiveram rotura espontânea (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Contudo, os estudos tem mostrado que as rotinas em maternidades afastam qualquer autonomia ou decisão da mulher sobre seu corpo, reduzindo-a a mera executora de ordens, sem o mínimo de orientação e espaço para questionamentos. A puérpera é infantilizada, negligenciada e pior, culpabilizada pelas situações pouco exitosas. A consequência desse sistema ostensivo é o medo exacerbados das gestantes em serem conduzidas a uma maternidade pública e especialmente em parir por via vaginal.

4.2 O MODELO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA BASEADO NA REDE CEGONHA

A Rede Cegonha (RC) sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde a década de oitenta, com base no pioneirismo e na experiência de médicos e enfermeiras obstetras e neonatais, obstetrizas, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, grupos feministas, ativistas e instituições de saúde, dentre muitos outros (BRASIL, 2013).

Após reunir profissionais de vários países, a OMS realiza três conferências de consenso sobre tecnologia apropriada para o parto e nascimento, publicando recomendações baseadas no princípio do direito à informação e acompanhamento pré-natal pelas mulheres; do protagonismo da mulher em todos os aspectos dessa atenção, incluindo participação no planejamento, execução e avaliação. Destacam a

necessidade de incorporação das dimensões sociais e emocionais na atenção pré-natal e no parto e recomendam a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto, ressaltando a importância de assegurar no momento do parto a integridade e privacidade da mulher (BRASIL, 2013).

Nessa mesma oportunidade grupos de profissionais, apoiados pela OMS, se organizaram para sistematizar estudos referentes às novas práticas empregadas na assistência ao parto e sua eficácia, associando-as a evidências científicas, ou seja, as mudanças sugeridas e as inovações já em curso, além de um processo de construção contra hegemônico do ponto de vista cultural, social e político, pautadas nos marcos da ciência contemporânea, o que faz com que sejam colocadas como práticas recomendadas e referendadas, portanto seguras (BRASIL, 2013).

Esse novo paradigma que se forma dentro dessa nova proposta política traz consigo uma mudança filosófica em termos de assistência em parto e nascimento, a qual passa a ser mais flexível, humanizada, respeitosa e democrática. Esse modelo apoiado pela Rede Cegonha traz melhorias e benefícios e são sustentados por um tripé, que são as ações estratégicas, novos objetivos e novas diretrizes.

- ✓ A Rede Cegonha (RC) possui como ações estratégicas:
 - A ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
 - A garantia de vinculação da gestante aos serviços de referência para atendimento integral;
 - A implementação de boas práticas, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher;
 - E do acesso ao planejamento reprodutivo.

- ✓ A RC articula os seguintes objetivos:
 - Fomentar a implementação de um modelo de atenção à saúde da mulher e criança com foco na melhoria do cuidado ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
 - Fomentar a organização e fortalecimento da rede de atenção a gravidez, parto, puerpério e a criança até dois anos de vida, garantindo acesso qualificado, com acolhimento e resolutividade;

- Contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente neonatal.
- ✓ A RC tem como diretrizes para nortear a reorganização dos processos de trabalho nos serviços obstétrico-neonatais:
 - Garantia do acolhimento e classificação de risco, qualificação do acesso e assistência;
 - Garantia de vinculação da gestante desde o pré-natal até os serviços de referência que compõem a rede integral, incluindo a maternidade programada para a realização do parto;
 - Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
 - Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo;
 - Gestão democrática e participativa, compartilhada na maternidade, buscando aumentar o grau de corresponsabilização entre usuários/acompanhantes, trabalhadores e gestores.

Em suma, os objetivos da Rede Cegonha (RC) são promover a implementação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento; organizar a rede de atenção à saúde da mulher e da criança que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil, principalmente em seu componente perinatal. A (RC) é estruturada a partir de quatro componentes, os quais seguem abaixo (BRASIL, 2013):

1. Pré-natal

Um bom pré-natal é o primeiro passo para parto e nascimento saudáveis. Por meio da Rede Cegonha, a mulher tem acesso ao teste rápido para confirmar a gravidez, aos testes rápidos de sífilis e HIV e a todos os exames necessários ao acompanhamento adequado da gestação.

Toda gestante deve ser vinculada, desde o pré-natal, ao local onde será realizado o parto (BRASIL, 2007). Essa ação é fundamental para que ela se sinta segura e confiante no momento do nascimento da criança, no sentido de evitar a peregrinação à procura de vaga, situação que coloca em risco a vida das mulheres e bebês. O serviço de pré-natal deve favorecer, sempre que possível, a visita das

gestantes à maternidade de referência, fortalecendo, assim, o vínculo de confiança entre o serviço e a mulher.

2. Parto e Nascimento

O modelo hegemônico no Brasil se mostra inadequado, pois apresenta como resultado um percentual nacional de 55,4% de cesarianas e índices de morte materna incompatíveis com o nível de desenvolvimento do País (SÃO PAULO, 2013). Apesar de o parto e nascimento ser um evento da vida da mulher e um ato da sua fisiologia, a maioria das mulheres têm seus filhos por meio de uma cirurgia, a cesariana. A atenção ao parto normal, por sua vez, é marcada por práticas não recomendadas pelas evidências científicas, que trazem sofrimento a esta experiência humana.

A Rede Cegonha prioriza ações para mudança desse modelo, ao devolver o parto para a vivência íntima e pessoal de cada mulher, dentro de uma ambiência adequada para a boa evolução do nascimento do bebê, com a inclusão da presença de um acompanhante de livre escolha da mulher e a adoção de boas práticas de atenção centradas no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família, associada às ações de melhoria da eficiência gestora do SUS (BRASIL, 2005). Nesse sentido, estão destacadas as seguintes ações:

- Incorporação de boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1996: “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento” e no “Guia Para Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto”, de 2004, em todos os serviços que atendam ao parto e nascimento, com ênfase na garantia do acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- Estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização;
- Adequação da ambiência dos serviços de saúde que realizam partos;

- Boas práticas de atenção ao recém-nascido, como a garantia de permanência do recém-nascido ao lado da mãe durante todo o tempo de internação, o contato pele a pele imediato ao nascimento, a amamentação na primeira hora de vida e a participação do pai no momento do nascimento;
- Implantação dos Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera;
- Planejamento e programação de ações no âmbito da saúde materna e infantil, como a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI, Canguru) orientadas pelas necessidades regionais.

3. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

É necessário compreender a importância da consulta pós-natal para a mulher, quando a mesma retorna ao serviço de saúde para a atenção relacionada ao seu bebê. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (BRASIL, 2006), a grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido. Este é um momento fundamental para o serviço de saúde ofertar à mulher informações e métodos contraceptivos de forma a possibilitar um planejamento quanto ao seu futuro reprodutivo. É um momento também de detectar problemas em relação ao vínculo com a criança, à amamentação e identificar possíveis situações de depressão pós-parto que demandem acompanhamento clínico.

A Rede Cegonha propõe ainda garantir a todos os recém-nascidos, boas práticas e atenção embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização, como:

- Triagens neonatais, como o teste do pezinho, do olhinho e da orelhinha;
- Acompanhamento do desenvolvimento do bebê e acesso a consultas especializadas, quando necessário.

Para recém-nascidos de risco potencial, como os de baixo peso, como asfíxia ao nascer, problemas respiratórios e infecções, a proposta promove um investimento não só na melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal e ao parto, como também na garantia de leitos de UTI, UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e leitos Canguru nas maternidades de referência do País.

Enfatiza-se a importância da visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde ao binômio mãe e recém-nascido, para orientação do cuidado de ambos, bem como

para ofertar as ações programadas para a “primeira semana integral de saúde” na Unidade Básica de Saúde (UBS), se possível numa mesma data: consultas para ambos, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, dentre outros cuidados especiais.

Até a criança completar dois (2) anos, é preciso fortalecer o serviço de acompanhamento de seu desenvolvimento pela equipe de saúde, a partir de um olhar biopsicossocial, levando em conta as condições de saúde e de vida da mãe e da família, as possibilidades de articulações intersetoriais no território, essenciais para a saúde integral e a necessidade de construção de um projeto terapêutico singular de acordo com cada criança/família.

4. Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação)

É de responsabilidade da Central de Regulação das Urgências regular tanto as urgências obstétricas como as neonatais, assim como garantir o transporte adequado para cada solicitação, de acordo com a gravidade de cada caso. Regulação é a ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde para otimizar os recursos disponíveis. Depois de pactuado o mapa de vinculação da região de saúde, a UBS é responsável por informar à gestante sobre o local em que será realizado o parto. Em caso de procura direta da gestante ao hospital/maternidade, esta será acolhida e se realizará a classificação de risco.

Nessa circunstância, a mulher será atendida na própria unidade ou, em último caso, referenciada para outra unidade, via central de regulação. A recomendação é de evitar a peregrinação, mesmo regulada, de uma parturiente ao chegar a um serviço de atenção ao parto. O transporte intermaternidades deve ser feito por transporte sanitário e, quando, necessário pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Ao necessitar de outro tipo de leito, como UTI, em caso de não haver oferta na própria unidade para a mãe e/ou o recém-nascido, a central de regulação deverá garantir a vaga em outra unidade. As equipes dessas ambulâncias (condutor, técnico de enfermagem, enfermeiro e médico intervencionista) necessitam ser devidamente capacitadas para o atendimento desse tipo de ocorrência, principalmente do recém-nascido grave e prematuro. Além disso, deverão estar disponíveis equipamentos para o transporte seguro do recém-nascido (incubadoras e ventiladores neonatais), os quais serão colocados nas Ambulâncias de Suporte Avançado de Vida, quando for o caso.

Promover a saúde, a qualidade de vida, o bem-estar de mulheres e bebês é responsabilidade e objetivo de todos os municípios brasileiros. A Rede Cegonha é a oportunidade para a efetivação do direito da população a um bom parto e um nascimento saudável. O modelo em rede como o exposto acima é o *padrão ouro* na assistência obstétrica, pois através dele temos um referencial sólido, seguro e que abrange as principais necessidades da mulher e do recém-nascido, proporcionado em um momento muito especial na vida do ser humano, que é o nascimento de um filho.

4.3 BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Apesar do conjunto de boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas serem difundidas no meio acadêmico, poucas instituições, inclusive hospitais de ensino, têm respeitado a sua implementação nos serviços. As escolas continuam a ensinar práticas obsoletas e prejudiciais à boa evolução do parto e nascimento, caracterizando uma resistência ao que hoje é atestado como seguro, benéfico e protetor às mulheres e bebês (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

É sabido que a incorporação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento pelas equipes de cuidado é, sem dúvida, uma das ações com maior impacto na redução da morbi-mortalidade materna e neonatal. A partir de 1985, através de uma reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) realizada em Fortaleza capital do Ceará, Brasil, houve a compilação de uma série de recomendações de práticas na atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2013).

Estas recomendações representam o rol de boas práticas de atenção ao parto e nascimento e devem ser adotadas por todos os serviços que atendem ao parto e nascimento. A não adoção de práticas cientificamente comprovadas como benéficas e protetoras para a vida das mulheres e bebês não se justifica, pois significa negligência e iatrogenia no cuidado, colocando em risco desnecessário mulheres e bebês (BRASIL, 2013).

Após discutir essas evidências, o grupo de trabalho desenvolveu uma classificação das práticas relacionadas à atenção ao parto, orientando para o que

deve e o que não deve ser feito no processo do parto, as quais se dividem em quatro categorias:

- a. Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas;
- b. Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas;
- c. Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão;
- d. Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.

CATEGORIA A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto e parto e ao término do processo de nascimento;

- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Uso rotineiro de ocitocina após expulsão do feto;
- Clampeamento tardio do cordão umbilical (1 a 3 minutos após o nascimento);
- Tração controlada do cordão, durante o 3º estágio do trabalho de parto;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

CATEGORIA B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

- Uso rotineiro de enema;
- Uso rotineiro de tricotomia;
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- Cateterização venosa profilática de rotina;
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- Exame retal;
- Uso de pelvimetria por Raios-X;
- Amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto;
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos;
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;

- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- Lavagem uterina rotineira após o parto;
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

CATEGORIA C - Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão:

- Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
- Amniotomia e ocitocina precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto para prevenção de progresso inadequado do parto;
- Pressão do fundo uterino durante o trabalho de parto;
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;
- Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

CATEGORIA D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- Controle da dor por agentes sistêmicos;
- Controle da dor por analgesia peridural;
- Monitoramento eletrônico fetal (Cardiotocografia);
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;

- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- Parto operatório;
- Exploração manual do útero após o parto.

Todas essas práticas entre tantas outras preconizadas pela Rede Cegonha são fundamentadas em fortes evidências científicas e adotadas pelo Ministério da Saúde, o que poderá nos trazer muita confiança e segurança ao implementá-las em nosso espaço laboral. Dentre tantas práticas descritas, é importante incentivar a liberação do acompanhante em todo o momento de assistência, pois a garantia do acompanhante fortalece o vínculo familiar, principalmente quando envolve o companheiro neste processo.

A inclusão do acompanhante, o acolhimento com classificação de risco, ampliação da experiência de cogestão, a valorização dos trabalhadores e a construção de redes de cuidados perinatais, focos de ação do apoio para a qualificação da assistência, para se tornarem práticas de humanização necessitam estar inscritas não apenas em documentos orientadores, mas no desejo dos trabalhadores e gestores das maternidades (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

Todas essas informações indicam, na maioria dos casos, que se faz necessário mudar a forma de trabalhar, o que não é tarefa simples. Mudar o trabalho exige, se quisermos processos sustentados, que isso seja inscrito na experiência cotidiana do trabalho, passando por uma construção que é sempre coletiva de recriação do trabalho e de seus sentidos. Talvez esse seja o maior desafio: inclusão

de boas práticas, que respeitem e dignifiquem a mulher e que superem a tecnocracia, restituindo sentido social ao parto e nascimento, como uma experiência produzida junto com trabalhadores e as mulheres (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

É importante ressaltar que o envolvimento dos diversos atores neste cenário é de fundamental importância, em especial da enfermeira obstétrica, profissional que possui autonomia na sala de parto, pois através dela, as ações a serem implementadas baseadas nas Boas Práticas são incluídas com muita tranquilidade nos serviços, o que facilita sua incorporação na unidade e aceitação pelos demais profissionais através de uma educação permanente.

Narchin et al (2013) conclui que em diversos estudos internacionais sobre a temática as barreiras pessoais e institucionais com que se defrontam as enfermeiras impedem a assistência qualificada, havendo necessidade de investimento na melhor formação e na qualificação profissional permanente, bem como na reorganização dos serviços e na revisão e incorporação de protocolos assistenciais para a melhoria da qualidade.

Os autores supracitados alertam ainda acerca da falta de capacitação daquelas profissionais nas Boas Práticas em parto e nascimento, e que em boa parte dos serviços a assistência qualificada nem sempre é promovida devido à falta de um profissional capacitado e atualizado. Dessa forma, concluem que a assistência prestada por um profissional que desconhece as Boas Práticas em parto e nascimento, ela é prevalentemente tecnológica, muitas vezes iatrogênica e desrespeitadora dos direitos das mulheres e dos recém-nascidos, podendo provocar tanto mortalidade quanto morbidade física e psicossocial.

Mudar o quadro da atenção à saúde materna e perinatal no Brasil exige diversas intervenções: qualidade da assistência voltada para as necessidades das mulheres, o que requer mudança na cultura dos serviços de saúde; ambiente acolhedor e favorável, o que exige reformas na estrutura dos serviços de saúde; garantia de participação à mulher no processo, exercendo sua autonomia de forma compartilhada, o que advirá de maior controle social, bem como enfoque na discriminação e na perspectiva de gênero; respeito à fisiologia do processo, o que requer transformação na atuação do profissional de saúde; e, finalmente, capacitação, reconhecimento e autonomia dos profissionais (NARCHIN; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Por fim, o presente documento apresenta as diretrizes para a assistência de enfermagem obstétrica na Maternidade Mãe Lídia do município do Ipojuca - PE e foi construído com base em outras publicações, que incluem os Documentos Técnicos e Portarias do Ministério da Saúde e Áreas Técnicas de Saúde, bem como a legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, as Resoluções, Deliberações e Recomendações do Conselho Federal e Regional de Enfermagem, e as publicações e recomendações da Associação Brasileira de Obstetrias, Enfermeiras Obstetras e Neonatais e sua regional no estado de Pernambuco, consolidados em um protocolo, cuja função será de apoio científico e legal para os trabalhadores daquele serviço.

4.4 PROTOCOLO DE BOAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PARTO E NASCIMENTO BASEADO NA REDE CEGONHA

4.4.1 Marco legal

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

CONSIDERANDO a regulamentação do exercício profissional dos enfermeiros, disposto na Lei 7.498 de 1986, que define em seus artigos as atividades as quais os enfermeiros podem exercer legalmente e privativamente;

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

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

CONSIDERANDO a Portaria Nº 2815/GM/1998 que inclui na tabela SHI o grupo de procedimentos e os procedimentos referentes ao parto normal sem distorcia por enfermeira obstetra inclusive a analgesia no parto;

CONSIDERANDO o disposto na Portaria Nº 163/GM, de 1998 que Regulamenta a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem Distorcia Realizado Por Enfermeiro Obstetra e Aprova o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH para realização de parto normal;

CONSIDERANDO a Portaria SAS/743/2005, Art. 3º - Estabelece que a emissão do laudo está restrita à responsabilidade das seguintes categorias profissionais: médico, cirurgião-dentista e enfermeiro obstetra;

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

CONSIDERANDO a Resolução COFEN 478/2015 que normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN 439/2012 que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN 477/2015 que dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas;

CONSIDERANDO a Resolução COFEN 516/2016 que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência e estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências;

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

CONSIDERANDO o disposto na Resolução-RDC Nº 36, de 2008, que dispõe sobre “Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção

Obstétrica e Neonatal”, quando no ANEXO I, item 3.7, estabelece, como definição sobre os profissionais recursos de saúde necessários para esse funcionamento Profissional legalmente habilitado, profissional com formação superior inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por lei e define que o Serviço Técnico Obstétrico e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo seu conselho de classe;

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

CONSIDERANDO a Portaria Nº 11 de 2015 que Estabelece as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento e custeio mensal;

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

CONSIDERANDO o direito das mulheres a espaços de cuidado que possibilitem ambiência adequada favorecedora das boas práticas de atenção ao parto e nascimento e conseqüentemente de uma assistência mais respeitosa;

CONSIDERANDO que a Secretaria Municipal de Saúde do Ipojuca vem desenvolvendo ações com o objetivo de ordenar, ampliar e qualificar a assistência às mulheres em todo o seu percurso feminino;

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

CONSIDERANDO a importância de normatizar e unificar os protocolos assistenciais da enfermagem obstétrica da Maternidade Municipal Mãe Lídia, elaboramos um Protocolo de Boas Práticas de assistência de enfermagem voltados especificamente ao parto e nascimento preconizados pela Rede Cegonha.

4.5 ASSISTÊNCIA À MULHER

4.5.1 Acolhimento à gestante

Toda mulher gestante que procura o serviço de saúde queixando-se de algia na região abdominal irradiando-se para a região sacra, com referida perda de líquido ou de tampão mucoso, com ou sem raja de sangue, deve ser devidamente acolhida e classificada de acordo com o seu risco, conforme protocolo, com a suspeita de trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. A identificação da mulher deve começar no primeiro contato com a mesma, devendo-se ser cordial e tratá-la sempre pelo primeiro nome, apresentar-se como profissional da unidade e conduzi-la até a Triagem Obstétrica.

Durante a avaliação da gestante realizada pelo médico obstetra na Triagem o profissional Técnico de enfermagem da unidade irá acompanhar a gestante e auxiliar o obstetra conforme necessidade, aferindo SSVV, colocando-a em posição ginecológica, realizando testes de triagem, como o Labistix. Confirmada a internação, realizar coleta de sangue para classificação sanguínea, Fator RH, VDRL e testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C).

Após as coletas de exames, conduzir a gestante para um banho e vestimenta da bata, chamar maqueiro com cadeira de rodas, protocolar prontuário obstétrico junto com os documentos e exames trazidos pela gestante (cartão de pré-natal, documento com foto, ultrassonografias, exames laboratoriais), laudo dos testes rápidos realizados na Triagem Obstétrica devidamente assinados e encaminhá-la junto com seu (sua) acompanhante ao Bloco Obstétrico.

4.5.2 admissão no Bloco Obstétrico

A OMS define parto normal como: “aquele cujo início é espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. No sentido de harmonizar esse processo, a filosofia de cuidados deve enfatizar o respeito, assim como as suas escolhas, conciliando os desejos e anseios da mulher com as melhores técnicas assistenciais que devem ser flexíveis e que garantam autonomia e promovam o autocuidado. Para tanto é preciso avaliar o

conjunto físico, obstétrico, familiar e psicológico da mulher, trazendo para o contexto hospitalar o histórico da gestante, bem como as suas emoções para aquele momento (SALVADOR, 2014).

O parto e o nascimento são eventos fisiológicos, mas para muitas mulheres, o trabalho de parto pode ser um momento de medo, incerteza, excitação e ansiedade, assim como de antecipação. Isso se deve a mudança do ambiente familiar para o ambiente hospitalar, impessoal, frio e desconhecido para a mulher e sua família (LUZES, 2007). O parto normal pode ser a melhor experiência que um ser humano pode experimentar, mas para isso acontecer ele precisa ser bem conduzido por um profissional capacitado, habilitado e empoderado no manejo de tudo o que envolve este processo.

4.5.2.1 avaliação inicial

No pré parto a gestante será reavaliada pela enfermeira obstétrica, devendo ser realizada a escuta das queixas e perguntas acerca do estado clínico da mesma. As perguntas devem ser de forma clara, objetiva com uma linguagem simples e harmoniosa que favoreça a abertura do diálogo, e em caso de dúvidas modifique a sua abordagem ou reelabore sua pergunta, evitando os julgamentos. Deverá ser realizada também a leitura do cartão de pré-natal, e interpretação dos exames apresentados, correlacionados com a clínica obstétrica. Segue abaixo roteiro para anotações em prontuário.

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

11. Complicações nos partos anteriores (prematuridade, baixo peso, macrosomia, placenta retida, hemorragia pós-parto, abortamentos entre outros)

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

- Clínicos – (HAS, DM, Sorológicos, cirurgias prévias, comorbidades, imunizações, tipo sanguíneo, anemia grave, anemia falciforme entre outras);
- Obstétricos – (Gestações anteriores, citologia oncótica, colposcopia, pré-eclampsia e eclampsia);
- Perinatais – (prematuridades, peso dos filhos anteriores, macrosomia, baixo peso);
- Idade materna – (maior risco em menores de 14 anos e maiores de 45 anos);
- Idade gestacional – (DUM confiável ou USG de até 14 semanas);
- Controle pré-natal – (Quantidade de consultas de pré-natal);
- Ganho de peso e altura uterina;
- Patologias durante a gravidez;
- Impossibilidade de não amamentar;
- Observar a linearidade da Tensão arterial (se aumentou, apresentou pico hipertensivo).

✓ Perfil da gestante de risco habitual (BRASIL, 2016)

- Idade gestacional entre ≥ 37 e ≤ 41 semanas e 04 dias (bem datada – DUM confiável, USG precoce – até 14 semanas), altura de fundo uterino compatível com idade gestacional, exames laboratoriais de rotina do último trimestre normais, sinais vitais normais, bolsa amniótica íntegra ou rota com menos de 12 horas com trabalho de parto ativo;
- Ausência de intercorrências clínicas progressivas (cardiopatia, hipertensão, colagenoses, hemoglobinopatias, diabetes, endocrinopatias, HIV positivo e outros);
- Ausência de patologias no pré-natal que possam colocar em risco a saúde materna ou fetal e ou ainda requerer cuidados especiais (anemia não tratada,

sífilis tratada adequadamente no pré-natal, toxoplasmose não tratada e outros);

- Ausência de complicações obstétricas anteriores;
- Ausência de cicatrizes uterinas (cesarianas prévias menor de 2 anos, laparotomia, miomectomias);
- Gestação única;
- Apresentação cefálica;
- Está com idade dentro dos limites ≥ 14 anos, se biotipo favorável e ≤ 40 anos com boas condições de saúde.
- Parâmetros biofísicos fetais - idade gestacional entre ≥ 37 e ≤ 41 semanas, apresentação cefálica, ausência de indicadores de macrosomia fetal por USG e/ou AFU ≤ 38 cm, quantidade de líquido amniótico normal, movimentação e reatividade fetal normal e avaliação fetal com padrões tranquilizadores;
- Gestantes que não se enquadrarem a este perfil poderão ser acompanhadas por enfermeira obstetra juntamente com a equipe médica.

4.5.2.2 Exame Físico na admissão

Durante o exame físico vários fatores devem ser explorados, principalmente no primeiro contato com a paciente e registrados os achados em prontuários (Rezende; Montenegro, 2013). O quadro 01 traz os aspectos a serem observados durante o exame físico.

Quadro 01 – Exame físico geral e obstétrico

Aspecto	Sinal/Conduta	Cuidados
Inspeção de pele e mucosas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Palidez 2. Cianose 3. Hidratação 4. Edema 5. Lesões dérmicas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confrontar com Hb/Ht – possível anemia 2. Verificar SpO₂, FC e FR, possível choque ou insuficiência cardíaca 3. Questionar sobre êmese, possível desidratação 4. Verificar PA e riscos para HAS gestacional 5. Avaliar dermatoses ou violência doméstica
Inspeção torácica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar expansibilidade 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relacionar com sinais vitais e condição circulatória
Inspeção da região	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento do volume uterino 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir altura uterina com fita

abdominal	<ol style="list-style-type: none"> 2. Ausculta do BCF** 3. Presença de cicatrizes na região abdominal 	<p>métrica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar manobra de Leopold* para confirmação da presença do feto, Situação (longitudinal, transversa ou oblíqua) Apresentação (cefálico, pélvico ou córmico); Posição (direita ou esquerda materna) 2. Realizar ausculta fetal com sonar durante 1 minuto inteiro para determinar BCF adequado 3. Questionar a mulher sobre cirurgias anteriores na região abdominal
Inspeção de aparelho genitourinário	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar a vulva, canal vaginal e uretral 2. Toque vaginal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visualizar se há presença de condilomas, úlceras e secreções – conduta de abordagem sintômica e cuidados especiais 2. Realizar o toque vaginal na presença de contração uterina, procurando conhecer a altura da apresentação, variedade de posição, dilatação cervical, apagamento do colo, condições da bolsa amniótica
Inspeção de Membros inferiores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar presença de edema e/ou varizes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar Pressão arterial, história vascular

✓ Manobra de Leopold

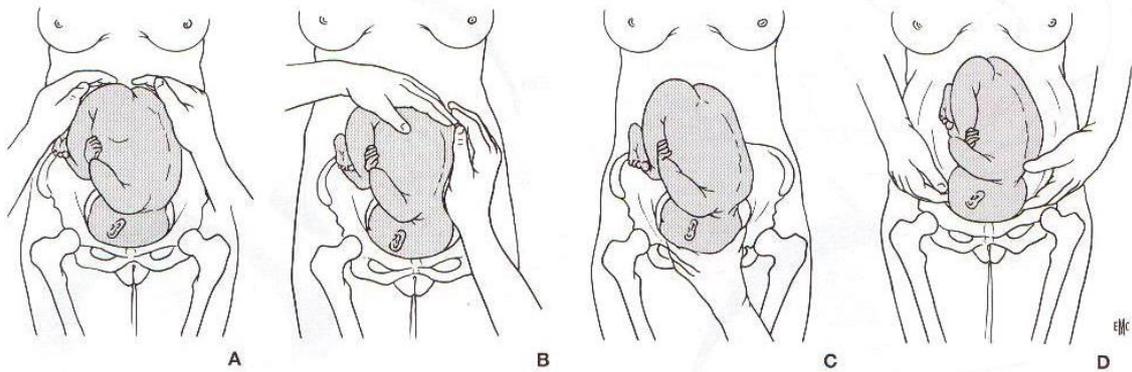
Primeira manobra (a): Palpa-se o fundo uterino procurando identificar o polo fetal que o ocupa. Normalmente encontram-se as nádegas. O rebote cefálico nesse nível indica apresentação pélvica que deve ser confirmada através do exame genital.

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

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

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

Figura 1: Manobras de Leopold



✓ Ausculta da frequência cardíaca fetal

Esse procedimento visa verificar a:

- Presença de gravidez;
- Vitalidade do conceito;
- Presença de gestação múltipla;

Permite ainda:

- Identificar alterações grosseiras do ritmo cardíaco;
- Acompanhar a hígidez do feto;
- Confirmar a posição fetal identificada pela palpação obstétrica (Manobra de Leopold);
- Se existem fatores de risco, deve-se intensificar o cuidado na ausculta do BCF;
- A técnica de ausculta é realizada com Estetoscópio de Pinard ou Detector cardíaco fetal (Sonardoppler);
- Podem ocorrer variações na ausculta fetal logo após as contrações, levando episódios de bradicardia e taquicardia fetal, atentar para quadros persistentes.

✓ Ruídos que podem ser captados

Durante a ausculta dos batimentos cardíacos fetais podem ser observados outros ruídos que podem se confundir como o sopro funicular e o sopro da artéria uterina, porém existem outros ruídos que também podem ser captados. Os quadros 02 e 03 demonstram as diferenças entre eles.

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

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

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

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

✓ Situações que podem dificultar a audibilidade dos BCF's

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

A frequência cardíaca fetal normalmente oscila entre 120-140 batimentos por minuto (bpm) próximo ao termo da gestação e 160 bpm (no início da gestação), porém nas últimas semanas de gravidez, pode ocorrer oscilação da Frequência Cardíaca Fetal (FCF), atingindo valores normais entre 110 a 160 batimentos por minuto (ACOG, 2000). O aumento transitório na frequência cardíaca fetal, denominado de aceleração transitória (aumento de 15 a 25bpm com duração entre 15 e 30 segundos), após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico é sinal de bem estar fetal (SALVADOR, 2014). Para efeito geral seguem as recomendações:

- Taquicardia fetal: Frequência cardíaca maior que 160 bpm;
- Bradicardia fetal: Frequência cardíaca menor que 110 bpm.

Quadro 04: Taquicardia fetal X Bradicardia fetal (LISTON et al., 2007; ACOG, 2000)

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

✓ Técnica de Ausculta de BCF com estetoscópio de Pinard ou Sonar-Doppler

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o tronco ligeiramente fletido e o abdome descoberto;
- Primeiramente, deve-se realizar a palpação obstétrica, a fim de definir a localização do polo cefálico e do dorso fetal. Além disso, pode perguntar à gestante em que lado ela percebe maior movimentação fetal. O dorso fetal estará no lado oposto;
- Em seguida, deve segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, posicionando a extremidade de abertura mais ampla (parte coletora) ou o Sonar Doppler, perpendicularmente sobre a parede abdominal da gestante, no local determinado como foco de escuta;
- Contar os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando ritmo e frequência;
- Vigiar estritamente o BCF de 1h/1h, se bolsa íntegra, bolsa rota de 30/30min e registrar no partograma e prontuário;
- Avaliar o progresso do trabalho de parto para decidir o tipo de assistência adequada;
- Afastada febre e /ou uso de medicamentos pela gestante, a presença de bradicardia ou taquicardia fetal, pode estar associada ao sofrimento fetal;

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

Figura 2: Ausculta de BCF



FONTE: SALVADOR (2014)

- ✓ Padrão de contratilidade uterina:
 - Deve-se determinar o padrão de contratilidade uterina pela apreciação do tônus, frequência, duração e intensidade das contrações e o momento em que a mãe começou a perceber a intensificação de algum destes parâmetros;
 - Para que as contrações sejam percebidas, sua intensidade deve ultrapassar um certo valor (limiar de percepção por palpação). Em condições normais, o valor médio do limiar de percepção por palpação é de 50 mmHg acima do tônus normal da pressão amniótica;
 - O controle clínico das contrações uterinas deve ser realizado por períodos não menores que 10 minutos, colocando a mão estendida no abdome da mãe sobre o corpo uterino, sem estimulá-lo;
 - Observar o progresso do trabalho de parto e atentar para a dor sentida durante as contrações, atentar para a necessidade de intervenções não farmacológicas;

- Em trabalho de parto ativo fazer acompanhamento pelo partograma através da linha de alerta.

Quadro 05 – Contração uterina

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

✓ Exame genital feminino

Durante a avaliação genital proceder com o toque vaginal onde é mensurada a dilatação e o apagamento cervical, altura e posição da apresentação fetal. A avaliação da insinuação e descida pode ser feita por dois métodos, através do plano de HODGE e planos de De Lee. Uma das causas mais comuns de impedimento da descida do feto são feto grande (acima de 4.000g), desproporção céfalo-pélvica, posição fetal anormal, principalmente persistência nas posições occipício transversal ou posterior e cordão umbilical curto (REZENDE; MONTENEGRO, 2013). O quadro 06 expõe a técnica na realização do toque vaginal e o quadro 07 expõe os achados durante a realização deste exame.

Quadro 06: Exame genital

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

	<p>anular e mínimo flexionados e o polegar estendido;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palpar com a superfície palmar dos dedos; • Manter o antebraço em posição horizontal; • Apoiar o fundo uterino com a mão externa; • Não retirar os dedos até haver completado o exame. 	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Quadro 07: queixas de perdas vaginais frequentes

QUEIXA	ACHADO	CARACTERÍSTICAS	CONDUTA
SECREÇÕES VAGINAIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampão Mucoso 2. Corrimento vaginal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secreção espessa, de coloração transparente, podendo apresentar rajadas de sangue, cuja emissão obedece ao começo da dilatação e ao apagamento do colo uterino. 2. Secreção vaginal com coloração esbranquiçada, amarelada ou esverdeada, com ou sem odor fétido, associado ou não a prurido vaginal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Questionar a mulher quando iniciou o processo de perda e orientá-la sobre o processo do trabalho de parto e nascimento 2. Seguir abordagem sintômica
PERDA DE LÍQUIDO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Líquido amniótico 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Líquido emitido, normalmente, é transparente e de odor característico, semelhante a líquido seminal ou a hipoclorito de sódio; pode ter cor amarelada ou esverdeada (mecônio), ou purulento, se há infecção ovular. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quando a perda de líquido não é evidente, procede-se a um exame especular com mobilização do polo fetal para a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical.
		Pequenos sangramentos podem estar associados à dilatação cervical porém toda perda sanguínea pelos genitais deve ser avaliada adequadamente,	

SANGRAMENTO VAGINAL		principalmente se seu volume é abundante. As hemorragias graves constituem uma situação de alto risco. Aproximadamente metade das hemorragias ao termo da gestação ocorrem devido a placenta prévia e descolamento prematuro da placenta (DPP).	
---------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4.5.3 Assistência durante o trabalho de parto

O diagnóstico de trabalho de parto é um processo dinâmico, devendo haver contrações uterinas rítmicas e regulares, apagamento e dilatação cervical progressivas. De preferência, a gestante só deve ser admitida quando estiver na fase ativa do trabalho de parto que se define quando a mesma estiver com dilatação cervical de 4 cm com colo completamente apagado ou com 5 cm independente do apagamento.

As mulheres que não satisfizerem esses critérios deverão ser orientadas sobre a sua situação e, se residirem próximo ao hospital, deverão retornar às suas casas e só retornarem à maternidade quando houver intensificação da frequência e intensidade das contrações uterinas. O quadro 08 resume as condutas a serem adotadas no primeiro período do trabalho de parto.

Quadro 8: Diagnóstico e condutas diferenciais das fases do trabalho de parto

DIAGNÓSTICO	SINAIS	CONDUTAS
PERÍODO PREMONITÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento gradual da atividade uterina – contrações com ritmo irregular, incoordenadas, por vezes dolorosas; • Aumento das secreções cervicais – perda do tampão mucoso – eliminação de muco, por vezes acompanhado de sangue; • Descida do fundo uterino, caracterizado por seu abaixamento em cerca de 2 a 4 cm. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mulher e a família sobre as contrações do trabalho de parto ativo, bem como a frequência e duração das mesmas; • Exame obstétrico, realizando de preferência exame especular ao invés do toque vaginal, que será realizado se necessário, para avaliação da dilatação, apagamento, altura da apresentação, a integridade da bolsa, secreções vaginais, integridade do canal vaginal e vulva; • Orientar sobre a diferença de líquido amniótico para o tampão mucoso e observar

		as perdas vaginais; <ul style="list-style-type: none"> Realizar medição do fundo uterino com fita métrica e realizar a comparação com o cartão de pré-natal.
TRABALHO DE PARTO LATENTE	<ul style="list-style-type: none"> Corresponde ao final do período premonitório e início do trabalho de parto ativo, quando as contrações, embora rítmicas, são incapazes de promover a dilatação do colo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar as mesmas condutas do período premonitório
TRABALHO DE PARTO ATIVO	<ul style="list-style-type: none"> Contrações uterinas rítmicas, em geral dolorosas, que se estendem por todo o útero. (Mínimo de 2 contrações em 10 minutos); Colo uterino dilatado para, no mínimo 4 cm, com apagamento total ou 5 cm independente do apagamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Promover a participação ativa da parturiente e membro do grupo familiar que a acompanha. Abrir o partograma adequadamente e mantê-lo atualizado a cada 1 hora com a dinâmica uterina, ausculta fetal e fluidos ingeridos e a cada 3 horas a dilatação cervical, mantendo vigília constante sobre a mulher.

4.5.4 Assistência durante o período de dilatação

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

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

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

Deve-se estar atento aos sinais vitais da parturiente e do seu feto, observado de forma sistemática e programada a pressão arterial sistêmica, temperatura, frequência cardíaca materna, a frequência cardíaca fetal, movimentos fetais, dinâmica uterina, perda de líquidos e secreções vaginais, avaliando aspectos característicos dos mesmos (cor, cheiro, textura e viscosidade) entre outros sinais que considerar necessários e em caso de alterações dos mesmos, que possa ocasionar riscos maternos e fetais, o médico obstetra deverá ser comunicado. O quadro 09 expõe o método de avaliação dos sinais vitais.

Quadro 09: Avaliação dos sinais vitais maternos

CUIDADO	O QUE OBSERVAR	INTERVALO	OBSERVAÇÃO
Sinais Vitais Maternos	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência cardíaca Materna; • Frequência respiratória; • Pressão arterial • Temperatura 	A cada 4 horas	Repetir se aparecerem sintomas de sua provável alteração, por exemplo: dispnéia, lipotímias, cefaléias, escotomas visuais, zumbidos, calafrios, sudorese.

Se constatar a existência de alterações acima referidas, deverá ser utilizada a clínica para diagnósticos diferenciais, solicitar avaliação médica para controle de emergências e distorcias.

BOAS PRÁTICAS NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO

Protocolo assistencial utilizando os recursos não invasivos na fase ativa do trabalho de parto

Abaixo estão listados os aspectos relacionados às boas práticas no trabalho de parto, parto e nascimento as quais devem ser seguidas e estimuladas, garantindo a segurança e conforto da parturiente. Estes aspectos fazem parte do processo de parturição seguros com um papel claro na assistência, pois favorecem a alteração do curso e da condução do trabalho de parto e nascimento (SALVADOR, 2014).

Função Vesical

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

Analgesia

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

Hidratação oral

Recomenda-se a livre ingestão de líquidos, de preferência açucarados para diminuir o risco de desidratação que se associa à atividade física e à frequente hiperventilação materna. As evidências científicas trazem que é desaconselhada a prática rotineira de proibir alimentos e fluidos a mulheres em trabalho de parto de risco habitual, pois essa prática não trouxe nenhuma melhora nos índices de mortalidade materna.

Hidratação venosa

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

A infusão de glicose gera um problema metabólico no binômio mãe-filho, pois o bebê pode nascer com hipoglicemia, já que seu pâncreas, assim como o de sua

mãe, passou a produzir mais insulina para controlar a entrada excessiva de glicose no sangue circulante. Este bebê pode nascer também com hiponatremia se houver infusão de soro fisiológico.

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

Apoio Psíquico-Físico

O apoio psíquico-físico pode ser oferecido à mulher tanto pelo seu acompanhante ou doula, assim como pelos profissionais que participam da assistência (auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogos, enfermeiras e médicos). O apoio psíquico-físico é mais eficaz quando se pratica uma filosofia de cuidados baseados nas Boas Práticas que enfatiza:

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

Sempre que possível a mulher deverá ser assistida pelo mesmo profissional durante todo o trabalho de parto e parto. Este profissional deverá

ser capaz de oferecer um apoio psíquico físico e afetivo à mulher, assim como de acompanhar e avaliar adequadamente o progresso do parto. Deverá assegurar uma assistência individualizada e holística sem prejuízo do apoio familiar e/ou da doula.

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

Vocalização

A vocalização durante o trabalho de parto não é um mecanismo negativo. Algumas mulheres acham que gemer ou repetir palavras seja um meio para relaxar e lidar com a dor. Rotinas ritualísticas ou repetitivas que algumas mulheres podem iniciar por sua própria conta (rolar, gemer) podem ser um meio efetivo de lidar com a dor e não devem ser interrompidas se a mulher estiver confortável dessa maneira.

Respiração padronizada

O controle da respiração geralmente é utilizada em conjunto com as técnicas de relaxamento. O padrão de respiração varia dependendo do estágio do trabalho de parto, conforme a necessidade da mulher e que pode mudar de um momento para outro. Modifica-se o padrão curto e rápido por um padrão longo e prolongado, conforme melhora da tensão e oferta à mulher uma sensação de controle sobre seu próprio corpo.

O primeiro estágio do parto usualmente envolve uma respiração lenta e rítmica que tende a acalmar a mulher enquanto diverge sua atenção das contrações uterinas. As mulheres são encorajadas a inspirarem profundamente através do nariz ou boca e depois expirar lentamente (usualmente a uma frequência de 12/incursões/minuto). Com cada expiração ela é instruída a “soprar a contração para fora” e permitir que seus músculos se relaxem.

Mulheres com contrações uterinas intensas e frequentes podem se sentir mais confortáveis com uma respiração mais superficial. Ela começa com um padrão lento, depois encurta e superficializa sua respiração assim que a contração se

intensifica. No pico da contração ela estará respirando superficialmente através da sua boca com inspirações silenciosas e expirando com sons de sopro (frequência de 30 a 120/minuto). Quando a contração começa a diminuir, ela gradualmente desacelera a respiração até a contração terminar. Entre as contrações ela é encorajada a adotar a respiração lenta para manter as energias e promover o relaxamento.

A respiração de Transição (7-10 cm) é geralmente usada quando a mulher está experimentando os momentos mais intensos do trabalho de parto e não é mais capaz de usar a respiração lenta. Aqui ela pode sentir um aumento na pressão perineal e um desejo intenso de fazer força apesar de não estar com o colo totalmente dilatado. A respiração transicional é realizada guiando a mulher a realizar uma inspiração profunda, quebrando a exalação com duas expirações curtas seguidas de um sopro mais longo para esvaziar os pulmões. Ela será capaz de sentir algum alívio na pressão sobre o colo (de particular preocupação nas primíparas).

Posição Vertical

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

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

A expulsão em todos os seus tempos (rotação, descida e desprendimento) está também prejudicada e sujeita a complicações, devido a vários fatores: o canal de parto transforma-se numa curva ascendente com a mulher em decúbito dorsal, o que a obriga a empurrar o cilindro fetal em um plano inclinado para cima. Assim a

rotação torna-se difícil, pois exige mais esforço físico para rolar o cilindro fetal deitado, apoiado sobre grande superfície corporal, do que sobre uma pequena fração da cabeça sobre a qual ele se apoia quando em vertical. Além disto, na mulher deitada o colchão da cama de parto impulsiona as partes moles das nádegas, juntamente com o cóccix, em direção ao púbis, estreitando o canal vaginal.

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

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

Banho de chuveiro

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

Relaxamento

O relaxamento é o objetivo comum de muitas técnicas de apoio, pois oferece à mulher uma oportunidade para se reenergizar e ganhar uma sensação de controle sobre seu corpo e mente. O relaxamento muscular progressivo pode ser efetivo na consecução deste objetivo. Isto é feito encorajando a mulher a inspirar profundamente e assim que ela exala, deixar todos os músculos da sua face frouxo se relaxados, depois o pescoço, ombros, braços e assim por diante, até os dedos

dos pés. Isto ocorre em um período de várias contrações focalizando em um novo grupo de músculos a cada contração.

Toque e massagem

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

A massagem é um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistêmico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, a massagem tem o potencial de promover alívio de dor, além de proporcionar contato físico com a parturiente, potencializando o efeito de relaxamento, diminuindo o estresse emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos. A massagem pode ser aplicada em qualquer região que a parturiente relatar desconforto e pode também ser combinada com outras terapias. A depender da tolerância de cada parturiente, as técnicas podem ser alternadas durante os períodos de contração uterina objetivando o alívio da dor e no intervalo das contrações com o intuito de proporcionar relaxamento.

As técnicas podem variar de deslizamento superficial e profundo, amassamento, pinçamento, fricção ou pressão em pequenos círculos, desde que realizada de forma direcional razoavelmente firme e rítmica. Pode ser aplicada no abdome, cabeça, sacro, ombros, pés, membros e dorso, ou seja, nos locais onde a parturiente relata desconforto. Comumente, aplica-se a massagem na região lombar durante as contrações uterinas e em outras regiões como panturrilhas e trapézios nos intervalos entre as contrações, por serem regiões que apresentam grande tensão muscular no trabalho de parto.

Os óleos essenciais podem auxiliar nas massagens e no apoio psicoemocional da parturiente, pois eles possuem propriedades terapêuticas. Os óleos podem ser aplicados através de massagens ou em difusores aromáticos, porém só são utilizados conforme as necessidades de cada parturiente. Diferentes combinações de óleos em uma mistura de no máximo três óleos, podem ser usados para atender diferentes sintomas. Apenas pessoas treinadas podem prescrever e misturar os óleos.

Recursos para condução do trabalho de parto

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

Deambulação

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

Mobilidade materna

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

Bola suíça ou de nascimento

A bola Suíça é um recurso que deve ser utilizado com o objetivo de facilitar a adoção de postura vertical pela parturiente de forma confortável. Para muitos, a bola é um instrumento lúdico que distrai a parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo. Isto ajuda a mulher na promoção de um movimento rítmico, distração, relaxamento e pode melhorar as dimensões da pelve (aumentando os diâmetros) e desta forma favorecendo o progresso do parto e a descida fetal. A utilização da bola pela parturiente deverá ser sob orientação e supervisão de um profissional de saúde. O quadro 10 expõe os métodos não invasivos mais utilizados para o alívio do parto durante o manjo do trabalho de parto.

Quadro 10: Métodos não invasivos para alívio da dor

DILATAÇÃO	RECURSO TERAPÊUTICO	TEMPO	TÉCNICA
3-5 cm	1 Chuveiro 2**Mudanças de posturas 3 Deambulação 4 Massagem	1 Mínimo 20 minutos 2 15 minutos (cada) 3 Livre – mínimo de 30 minutos 4 Mínimo 10 minutos	1 Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre; 2 Decúbito lateral esquerdo, quatro apoios, sentada, posição ortostática 3 Deambulação 4Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4.
6-7 cm	1 Chuveiro 2 Banho de imersão 3 Massagem 4**Mudança de posturas 5 Técnica respiratória 6 Deambulação 7 Relaxamento 8 Associação de recursos	1 Mínimo 20 minutos 2 Livre 3 Durante as contrações 4 15 minutos (cada) 5 Durante e entre as contrações 6 Livre – mínimo de 30 minutos 7 e 8 Intervalo entre as contrações	1, 2, 3 4 Idem anterior 5 Respiração lenta e profunda, inspirando pela nariz e expirando pela boca 6 Deambulação 7 Relaxamento muscular progressivo
8-10 cm	1 Banho de imersão 2 **Mudança de posturas 3 Técnica respiratória 4 Relaxamento 5 Associação de recursos	1 Livre 2 15 minutos (cada) 3 Durante e entre as contrações 4 e 5 Intervalo entre as contrações	1, 2, 3, 4 e 5 Idem anterior

* GALLO et al 2011, adaptado

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

Intervenções para auxílio na progressão do trabalho de parto

✓ Amniotomia

A amniotomia encurta a duração do trabalho de parto, porém se associa a uma série de riscos possíveis para a mãe e seu filho. Conservando a posição vertical sem outras manobras, pode-se evitar o prolongamento do trabalho de parto. A amniotomia não tem indicação como manobra rotineira no trabalho de parto normal.

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

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

Se as membranas se rompem espontaneamente ou a amniotomia é efetuada artificialmente, deve-se assinalar o aspecto do líquido amniótico na história e no partograma. A presença de mecônio não é sinal de sofrimento fetal, porém se associa ao maior risco de morbimortalidade neonatal. Após a realização da amniotomia deve-se realizar ausculta de BCF a cada 15 min.

✓ Técnica para realizar amniotomia

- Deve ser realizada por enfermeiro obstetra ou médico obstetra;
- Pode ser realizada a ruptura da bolsa amniótica com uso de luva estéril e amniótomo, durante a contração uterina, através do toque bidigital;
- Deve ser registrado o momento em que foi realizado o procedimento, bem como cor e aspecto do líquido encontrado;
- Após o procedimento deve-se fazer ausculta de BCF;
- Devem-se avaliar os riscos e benefícios da amniotomia;

- Deve ser evitada como uso rotineiro no primeiro período do parto;
 - Reserva-se seu uso em condições onde sua prática seja claramente benéfica;
 - Ao realizar deve-se manter a mão bidigitalmente dentro da cérvix, até o esvaziamento do líquido amniótico com perfeito encaixe do polo fetal no colo uterino, evitando-se, assim, o prolapso de cordão umbilical;
 - Tal procedimento é desaconselhável em casos de ploidia, pelo risco de descolamento prematuro de placenta e/ou prolapso de cordão.
- ✓ Partograma

No sentido de se avaliar o progresso do trabalho de parto de forma mais objetiva, bem como de se adotar condutas mais uniformes nos desvios da normalidade do mesmo, vários autores, incluindo a Organização Mundial de Saúde (1996), desenvolveram gráficos nos quais se registram os dados referentes à evolução do trabalho de parto, principalmente a dilatação, comparando-se estes dados com curvas de evolução normal, chamadas curvas de alerta, já constantes dos mesmos. Estes gráficos servem de orientação ao profissional que assiste ao trabalho de parto e parto, informando-o do momento adequado para se adotar condutas, visando a correção dos desvios da normalidade.

O modelo padrão a ser seguido é o mesmo adotado pelo Ministério da Saúde, o qual se deve inserir as *linhas de alerta e linha de ação*, com intervalo de 4 horas entre elas, bem como todos os parâmetros essenciais de avaliação do trabalho de parto, em seu processo dinâmico, tais como: dilatação cervical, variedade de posição, altura da apresentação, batimentos cardíacos fetais, contrações uterinas, bolsa amniótica, aspecto do líquido amniótico, medida da tensão arterial da gestante, intercorrências clínicas. A não utilização do partograma no processo de acompanhamento do trabalho de parto ativo consiste em negligência e imprudência do profissional obstetra, passível de processo ético, civil e criminal.

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

A linha de alerta implica simplesmente a necessidade de uma melhor observação clínica. Somente quando a curva de dilatação cervical atinge a linha de ação é que a intervenção médica torna-se necessária, na tentativa de melhorar a evolução do trabalho de parto e corrigir possíveis distorcias que possam estar se iniciando. Para a construção do partograma, algumas observações são necessárias:

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

Quadro 11: Conduta no período de dilatação

CONDIÇÃO	CONDUTA
Evolução normal	Observação conservadora sem manobras nem medicação.

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

Avanço da apresentação e desprendimento

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

✓ Mecanismos do parto:

Encaixamento

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

Flexão

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

Descida

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

Rotação interna

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

Deflexão

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

Rotação Externa

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

Desprendimento das Espáduas

Acontece geralmente de forma espontânea, o método *Hands off* deve ser praticado pela enfermagem obstétrica uma vez que comprovadamente quanto menos intervenção melhor e menos traumático será o processo de nascimento para o binômio mãe-bebê. Eventualmente pode ser realizada tração leve no sentido posterior para desprendimento do ombro anterior, ocasionalmente, o resto do corpo se desprenderá com facilidade, sempre contendo o feto para que não ocorra de forma brusca. Eventualmente, pode não ocorrer um desprendimento espontâneo de espáduas, manobras para desprendimento manual devem ser rapidamente colocadas em prática.

4.5.5 Assistência ao período expulsivo

O segundo estágio (período expulsivo) se inicia com a dilatação máxima e termina com a expulsão do feto, nessa fase ocorrem os puxos maternos. De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2000) a duração normal seria de três horas em primípara com analgesia, duas horas em primípara sem analgesia, duas horas em múltípara com analgesia e uma hora em múltípara sem analgesia (SALVADOR, 2014).

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

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

Preparação para assistência:

- Seguir as normas de anti-sepsia;
- Uso de roupa limpa;
- Instrumental estéril para assistência ao parto;
- Lavagem das mãos;
- Uso de luvas estéreis;
- Uso de equipamento de proteção individual (Avental de plástico, óculos e máscara);
- Campos estéreis.

Posição da parturiente para o parto

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

Posições de preferência:

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

✓ Controles no período expulsivo

Puxos dirigidos ou manobra de Valsalva

Os puxos precoces reduzem a duração do período expulsivo, porém aumentam os riscos de parto instrumental, podem acarretar lesão do assoalho

pélvico, esgotamento materno e queda no BCF, portanto devem ser evitados. Recomenda-se aguardar o puxo espontâneo.

BCF

O controle de BCF deverá ser realizado de 5 em 5 min durante o período expulsivo. De acordo com várias diretrizes, a ausculta cardíaca fetal intermitente deve ser realizada durante e após uma contração, por pelo menos um minuto, a cada cinco minutos. O pulso materno deve ser palpado se houver suspeita de bradicardia fetal, ou qualquer outra anormalidade, para fazer o diagnóstico diferencial das duas ausculta cardíacas. Há também outros métodos propedêuticos utilizados para a avaliação do bem-estar fetal no primeiro período do parto, como a cardiotocografia, porém sem evidência científica de sua utilização do período expulsivo. Em parturientes de risco a frequência da ausculta fetal deve ser após cada contração. Neste momento as parturientes devem ser encorajadas a praticar os exercícios respiratórios.

Aceita-se quedas de BCF até 100-110 bat/min devido a compressão cefálica. Uma FCF < de 100 bat/min, mantida entre os puxos, sugere sofrimento fetal, o que deverá ser imediatamente comunicado ao médico obstetra plantonista.

Contratilidade

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

Considerações da episiotomia

A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde (OMS) não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, porque, em alguns casos, pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, que foi a taxa encontrada em ensaio clínico randomizado inglês sem associação com riscos maternos ou neonatais. Deve-se ter a noção de que a realização de episiotomia não reduz as taxas de incontinência fecal e urinária, prejudica o relaxamento do assoalho pélvico por 9 meses pós parto e que prejudica também a função sexual dentro de 12 meses pós parto (HARTMANN, 2005).

Quando realizada, a episiotomia deve ser reparada com sutura contínua, por estar associada com menos dor no pós-parto imediato do que a sutura separada. As técnicas de episiorrafias são recomendadas tanto para o reparo de episiotomias quanto de lacerações espontâneas. O uso de material de sutura absorvível (ácido poliglicólico e poliglactina) é preferível por provocar menos dor. Os efeitos da utilização da episiotomia a longo prazo não são claros, por isso deve ser desencorajada.

Assistência ao recém nascido no parto e nascimento

Segue a rotina de sala de parto na recepção do feto:

- Durante o processo de parto e nascimento são necessárias algumas ações diferenciadas e mudanças de comportamento profissional. Neste momento recomenda-se diminuir a intensidade de luz na sala de parto (penumbra), evitando luz forte sobre a vulva da mulher, ou sobre a face do recém-nascido. Evitar conversas em tom de voz muito alto devendo-se permitir que a mãe veja o nascimento do filho e que a sua voz se sobreponha às demais;
- Imediatamente após o nascimento, o bebê deve ser seco com compressas ou toalhas quentes, enquanto é colocado sobre o abdômen ou nos braços da mãe. Ao mesmo tempo, avalia-se o estado do bebê, observando se há tônus muscular, se está respirando ou chorando;
- É importante manter a temperatura corporal do bebê; recém-nascidos expostos a salas de parto frias podem sofrer quedas acentuadas de temperatura, o que pode desencadear problemas metabólicos decorrentes. O contato pele-a-pele entre a mãe e o bebê pode fazer com que a queda da temperatura do bebê não seja tão intensa e deverá durar pelo menos meia hora;
- Ao nascimento, verifica-se se o RN é a termo, se está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, a criança apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação;
- A conduta frente à presença de líquido tinto de mecônio depende da vitalidade ao nascer;
- Caso o neonato não apresente, logo após o nascimento, movimentos respiratórios rítmicos e regulares, tônus muscular adequado e FC < 100 bpm,

levar o neonato à mesa de reanimação, colocar sob fonte de calor radiante, posicionar sua cabeça com uma leve extensão do pescoço, aspirar o excesso de secreções da boca e do nariz com sonda de aspiração traqueal nº 8 e, a seguir, secar e desprezar os campos úmidos, verificando novamente a posição da cabeça e, então, avaliar a respiração e a FC. Se a avaliação resultar normal, o RN retornará ao contato materno (contato pele a pele);

- Proceder à ligadura do cordão umbilical até a cessação dos batimentos do funículo, cerca de 2 a 3 minutos após o nascimento, exceto nos casos de mãe Rh negativo, quando deve ser feito de imediato;
- Após o clampeamento do cordão, o RN poderá ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor, garantindo-se que o posicionamento da criança permita movimentos respiratórios efetivos. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26 graus, reduz o risco de hipotermia em RN`s a termo que nascem com respiração espontânea e que não necessitam de ventilação, desde que cobertos com campos preaquecidos. Nesse momento, após confirmação do laudo não reagente de teste rápido de HIV, pode-se iniciar a amamentação;
- O aleitamento materno deverá ser iniciado na primeira hora de vida, pois está associado à menor mortalidade neonatal, ao maior período de amamentação, à melhor interação mãe-bebê e ao menor risco de hemorragia materna;
- Identificar o recém-nascido com pulseira e/ou tornozeleira, constando nome da mãe, data, hora do nascimento e sexo;
- Os procedimentos de rotina, tais como exame físico geral do recém-nascido, aplicação de vitamina K, Credé devem ser adiados por no mínimo 1 hora e banho por no mínimo 6 horas buscando um momento oportuno que não interfira na relação mãe-filho;
- Estudos com nascidos a termo, concluíram que o clampeamento tardio do cordão umbilical é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses, embora possa elevar a necessidade de fototerapia por hiperbilirrubinemia indireta na primeira semana de vida;
- Após o parto, descrever em impresso todo o procedimento, identificando-se com nome legível, assinatura e carimbo.

Anormalidades no Período Expulsivo

✓ Período expulsivo prolongado

Segundo o ACOG (2000) o período expulsivo prolongado é definido como 3 horas com e 2 horas sem anestesia regional, em nulíparas. Para as múltiparas é definido como 2 horas com e 1 hora sem anestesia regional.

As causas de prolongamento do período expulsivo são:

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

Conduta:

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

✓ Traumatismo Obstétrico

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

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

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

4.5.6 Assistência durante a dequitação e pós dequitação

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

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

Ao alcançar o 3º estágio do trabalho de parto, a atenção prestada à parturiente tem o objetivo de minimizar ou eliminar os efeitos adversos graves e interferir minimamente nos processos fisiológicos e no relacionamento mãe-bebê. O manejo do 3º estágio envolve duas escolhas (ENKIN et al, 2002):

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

No manejo da atenção durante o 3º estágio do parto, seja qual for a escolha assumida para a atenção prestada, é indispensável a revisão da integridade da placenta, dos anexos e do canal do parto. Por tratar-se da assistência de enfermagem obstétrica que é prestada a partos de risco habitual, é preciso ter uma razão válida para se interferir num processo natural, como o parto.

Assim, não há prejuízos para a mulher, se a enfermeira obstétrica optar pela conduta expectante no terceiro estágio do parto, esta opção fica a cargo do profissional que atende a cada parto, contudo pelas evidências científicas pode-se omitir a tração controlada de cordão do manejo ativo pois o mesmo tem muito pouco efeito sobre o risco de hemorragia grave. Se faz necessária a administração de 10 UI de ocitocina via intramuscular (e/ou 2 ampolas de ocitocina 1m ou se a mulher estiver com acesso venoso fazer em soro glicosado), após palpar o útero para descartar possibilidade de outro feto, independente da conduta adotada (GÜLMEZOGLU et al, 2012).

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

- ✓ Técnica da tração controlada de cordão:
 - Clampeie o cordão próximo ao períneo usando uma pinça de Foerster ou Rochester. Segure o cordão campeado e o final da pinça com uma das mãos.
 - Coloque a outra mão imediatamente acima do osso púbico e estabilize o útero pela aplicação de uma contra tração durante a tração controlada do cordão. Isto ajuda a prevenir a inversão uterina.
 - Gentilmente mantenha tensão sobre o cordão e espere uma contração uterina forte (2 – 3 minutos).
 - Quando o útero se tornar arredondado (Globo de Pinnard) ou o cordão se alongar, tracione o cordão muito gentilmente para baixo para retirar a

placenta. Continue a aplicar a contra tração (massagem) no útero com a outra mão.

- Se a placenta não descer durante 30 – 40 segundos de tração controlada (não há nenhum sinal de descolamento), não continue a tracionar o cordão. Gentilmente segure o cordão e espere até o útero estiver bem contraído novamente. Se necessário, use uma pinça para clamppear o cordão mais próximo do períneo enquanto ele se alonga;
- Com a próxima contração, repita a tração controlada com a contra tração;
- Durante a extração da placenta as membranas podem se romper. Segure a placenta com as duas mãos e gire-a gentilmente sobre o seu eixo até que as membranas estejam torcidas (Manobra de Dublin);
- Puxe vagorosamente para completar a dequitação;
- Se as membranas se romperem, examine gentilmente a porção superior da vagina e colo e utilize uma pinça de Foerster para remover qualquer fragmento de membrana que estiver presente;
- A placenta e membranas devem ser examinadas logo após a sua expulsão;
- Nunca aplique a tração no cordão (puxo) sem aplicar a contra tração acima do osso púbico com a outra mão.

4.5.7 Quarto período do parto: Greenberg

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

A hemorragia pós-parto (HPP) é a causa mais comum de mortalidade materna quando computadas as mortes em todo o mundo, sendo responsável por 25% dessa taxa e contribuindo para a mortalidade e para a elevação dos custos no atendimento perinatal (OMS, 1996). É importante a observação redobrada da puérpera nesta fase, por tratar-se do período em que, com mais frequência, ocorrem hemorragias pós-parto, principalmente por atonia ou hipotonia uterina. É também

momento adequado para promoção de ações que possibilitem o vínculo mãe/bebê, evitando-se a separação desnecessária.

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

Como prevenção da hemorragia pós-parto atenta-se para o uso profilático de 2 ampolas de ocitocina (10UI) intramuscular logo após o desprendimento dos ombros do RN, revisão sistemática da placenta e anexos, observando se não ficou nenhuma membrana ou cotilédone, revisão do trajeto, buscando lacerações, pontos sangrantes e hematomas, verificação da contratilidade uterina, certificando-se da presença do globo de segurança de Pinard e involução uterina para abaixo da cicatriz umbilical. O quadro 12 expõe as ações no período de Greemberg.

Quadro 12: Conduas e ações no 4º Período do Parto

Identificar alteração do padrão de sangramento e intervir no sentido de controle, com massagens e uso de medicação se necessário (ocitocina ou ergometrina);
Monitorar sinais vitais de 30 em 30 minutos;
Estimular, apoiar, orientar e ajudar no aleitamento materno;
Observar involução uterina e a formação do globo de Pinnard;
Observar mucosas;
Reconhecer precocemente palidez, taquicardia ou hipotensão, que podem indicar hemorragia;
Em caso de alguma alteração comunicar imediatamente médico obstetra.

- ✓ Revisão manual do canal do parto

Trata-se da exploração do canal do parto por meio do toque bidigital. A revisão rotineira da placenta e anexos ovulares após o delivramento são procedimentos recomendáveis e contribuem para o diagnóstico precoce de retenção

de fragmentos placentários. O objetivo é corrigir sangramento aumentado no pós-parto, causado por retenção de fragmentos placentários.

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

✓ Correção de atonia ou hipotonia uterina

Atonia uterina é a ausência de contratilidade uterina e a hipotonia uterina é a contratilidade uterina ineficiente. Em ambos os eventos o útero apresenta-se amolecido, flácido e aumentado com risco de desenvolver uma hemorragia pós-parto. Nesses casos a fim de corrigir a hemorragia pós-parto causada por atonia ou hipotonia uterina, o quadro 13 expõe as condutas a serem adotadas:

Quadro 13: Correção de atonia ou hipotonia uterina

Solicitar ajuda da equipe multiprofissional;
Avaliar a mulher utilizando o abc da vida, simultaneamente, massagear o fundo uterino até que o útero se contraia, ocorrendo contratilidade uterina, proceder avaliação de sua permanência a cada 15 minutos e repetir massagem se necessário;
Explicar à mulher e família a conduta a ser tomada visando diminuir a ansiedade e garantir-lhes a tranquilidade;
Certificar-se de que o útero não se tornou relaxado após a parada da massagem uterina;
Certificar-se da presença do globo de segurança de Pinard;
Verificar sinais vitais, não ocorrendo contratilidade uterina satisfatória, iniciar administração endovenosa de 20 UI de ocitocina (04 ampolas) diluída em 500ml de ringer lactato ou 500ml de solução fisiológica a 0,9%, correr em 10 minutos;
Não havendo resposta, administrar metilergonovina na dose de 0,2 mg IM (droga contraindicada para mulheres hipertensas), não havendo resposta satisfatória, administrar Misoprostol 800 mg VR, não resolvendo, solicitar sangue e sala cirúrgica, prevenir choque hipovolêmico, trabalhando com a equipe médica de acordo com protocolo de cada unidade;
Solicitar Hemograma, ABO, RH e Coagulograma, para possível transfusão sanguínea.

✓ Sutura das lacerações vaginais e perineais

A revisão do canal de parto é um procedimento seguro, que deve ser realizado sistematicamente. Laceração perineal é a ocorrência de soluções de

continuidade nos tecidos vaginais e/ou perineais e, de acordo com a OMS (1996), podem ser de quatro tipos: lacerações de primeiro grau, que envolvem a mucosa vaginal e/ou o tecido conjuntivo; lacerações de segundo grau, que envolvem a mucosa vaginal, o tecido conjuntivo e os músculos subjacentes; lacerações de terceiro grau, em que ocorre transecção completa do esfíncter anal e laceração de quarto grau, que atinge a mucosa retal.

A maioria das lacerações de primeiro grau não necessitam de suturas fechando-se espontaneamente. A enfermagem obstétrica deverá suturar lacerações de primeiro e segundo graus, e será solicitada avaliação médica a partir do terceiro grau. A ocorrência de lacerações de terceiro e quarto graus tem se mostrado raras na assistência de enfermagem obstétrica (SALVADOR, 2014). Para reparar lacerações perineais e vaginais, recomenda-se seguir os seguintes passos do quadro 14.

Quadro 14: Processo de reparação perineal e/ou vaginal

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

✓ Assistência ao puerpério

O puerpério é o período que se inicia após a dequitação da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamenta ela estará sofrendo modificações no organismo, não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade. Divide-se didaticamente o puerpério em: imediato (1 ° ao 10° dia), tardio (11 ° ao 42° dia), e remoto (a partir do 43° dia). A experiência de gestar, parir ou de cuidar de um filho pode dar a mulher uma nova dimensão de vida e contribuir para o seu crescimento emocional e pessoal como também pode causar desorganização interna, ruptura de vínculos e papéis, podendo até, resultar em quadros de depressão puerperal, sendo necessária atenção especial nesse período.

✓ Aspectos que devem ser avaliados na puérpera:

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

- ✓ Padronização da prescrição dos medicamentos sob responsabilidade da enfermeira obstetra

À enfermeira obstetra é permitido a prescrição mediante este protocolo, seguindo as normativas legais do exercício profissional. Incumbe a enfermeira obstetra a prescrição da mulher durante o período de admissão, trabalho de parto, parto, nascimento e pós-parto. Na prescrição deve-se conter os seguintes itens:

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

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

Tabela 15 Medicamentos prescritos pela enfermeira obstétrica

MEDICAMENTO (DROGA)	APRESENTAÇÃO	INDICAÇÃO	PRESCRIÇÃO (DOSE, VIA E INTERVALO)
Ocitocina 5UI	Frasco ampola – IM ou EV	1 Condução do trabalho de parto 2 Manejo ativo no 3º período clínico do parto 3 Controle de hemorragias pós-parto	1 1 ampola de 5 UI em 500 ml de SG5%, a 24ml/h (8 gotas/min) – ler observação abaixo 2 2 ampolas, 10 UI, via intramuscular em deltoide esquerdo, no pós-parto imediato 3 04 ampolas (20 UI), em 500 ml de SF 0,9%, correndo em 10 minutos. Após, 20 UI em 500ml SF IV em 2h

Maleato de metilergometrina	Frasco ampola de 0,2 mg/ml	Controle de hemorragias pós-parto	0,2mg (1ml) Intramuscular
Misoprostol 200 mcg	Comprimido	Controle de hemorragias pós-parto	800 mcg (4 compr de 200 mcg) via retal
Hioscina 10 mg (Escopalamina)	Comprimido	Dor abdominal	01 comprimido, via oral de 6 em 6 horas
Diclofenaco Sódico 50mg	Comprimido	Episiotomia/episiorafia ou suturas de lacerações com inflamação	01 comprimido, via oral de 8 em 8 horas
Dipirona sódica 500mg	Comprimido	Dor ou febre	01 comprimido, via oral de 6 em 6 horas
Paracetamol 750 mg	Comprimido	Comprimido	01 comprimido, via oral de 6 em 6 horas
Metocroplamida 10mg/2ml	Frasco de 2ml	Enjoo	10 mg, Diluir 2:8, endovenoso lento
Metocroplamida 10mg	Comprimido	Enjoo	1 comprimido via oral de 8/8horas
Dimenidrinato + piridoxina 100mg	Comprimido	Enjoo	1 comprimido via oral de 8/8horas
Dimenidrinato + piridoxina 3mg/ml	Frasco de 10 ml	Enjoo	Diluir em 100ml, endovenoso lento
Solução glicosada a 5%	Frasco de 500ml ou de 100 ml	Solução para ocitocina	Diluyente da ocitocina
Solução fisiológica a 0,9%	Frasco de 500ml ou de 100 ml	Correção da hipovolemia	Soro aberto em acesso calibroso, volume total de 2000ml, alternado com o Ringer Lactato
Solução de Ringer e lactato	Frasco de 500ml	Correção da hipovolemia	Soro aberto em acesso calibroso, volume total de 2000ml, alternando com o

			Soro fisiológico
Sulfato ferroso 40mg	Comprimido	Evitar anemia ferropriva	01 comprimido, via oral, 30 minutos antes do almoço
Vitamina A 200.000 UI	Cápsula	Prevenir hipovitaminose	01 cápsula, via oral, pós-parto
Vitamina K	Frasco ampola	Prevenir hemorragia neonatal	0,1 ml, IM, em vasto lateral da coxa do RN
Lidocaína 2% sem vasoconstrictor	Frasco ampola	Anestésico local	A critério da enfermeira obstetra
Sulfato de Magnésio 50%	Frasco de 10ml	Anticonvulsivante	Dose de Ataque: 4g (8ml), diluído, venoso, correr em 20 minutos A cada nova convulsão repetir dose de ataque.
Sulfato de Magnésio 50%	Frasco de 10ml	Anticonvulsivante	Dose de manutenção: 25g (50 ml de MgSO ₄) em 450ml de Ringer com Lactato, correr a 21ml/h ou 7 gotas/min
Gluconato de cálcio 10%	Frasco ampola de 10ml	Antagonista do sulfato de magnésio	10 ml intravenoso
Hidralazina	Ampola de 1ml	antihipertensivo	1 ampola em 19 ml de água destilada, 5ml a cada 20 minutos se PA >ou = 160/110 mmHg (máximo de 4 doses)
Ampicilina 1g	Frasco, conteúdo em pó para reconstituição	Bolsa rota há mais de 18 horas	Dose de ataque: 2g, endovenoso, no momento. Dose de manutenção: 1g, endovenoso, a cada 4 horas até o parto

Cetoprofeno 100mg	Frasco, conteúdo em pó para reconstituição	Anti-inflamatório	100mg, EV, 12/12h
Imunoglobulina anti RHO		Mulheres com fator RH negativo e RN RH positivo	1 dose intramuscular
Hidróxido de Alumínio + Magnésio	Frasco	Pirose	10ml, VO, 8/8h

4.6 REALIZAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS

As ações educativas serão implementadas a partir de janeiro de 2018, devido a construção do protocolo ter se prolongado. Terão seu início e término no mês de janeiro e a avaliação será em fevereiro de 2018, podendo ser reformulado conforme necessidade.

5 RESULTADOS ESPERADOS

Face às dificuldades de padronização da assistência de enfermagem em obstetrícia na Maternidade Mãe Lúcia, almeja-se com esse trabalho:

- A incorporação de novos saberes e sua disseminação entre a equipe em foco;
- A consolidação das boas práticas em obstetrícia e neonatologia na unidade;
- A promoção de segurança aos profissionais na atuação e na tomada de decisão com embasamento científico atualizado e em conformidade com as normas vigentes;
- Garantia de uma assistência obstétrica e neonatal qualificada conforme recursos disponíveis;
- Qualificação dos profissionais de enfermagem da unidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse projeto foi desenvolvido com a intenção de sanar diversos problemas encontrados atualmente na Maternidade em tela, entre eles estava a falta de padronização da assistência materno infantil na sala de parto. Soma-se a essa necessidade premente, a visita do Ministério da Saúde realizada em Março de 2017, onde nos foi apresentado vários itens a serem implementados gradativamente conforme preconiza a Rede cegonha nesse tipo de assistência.

Face a essas demandas tão necessárias e urgentes e coincidentemente a nossa entrada no Programa de Pós Graduação da Rede Cegonha, fomentada pelo Ministério da Saúde foi que expomos ao conhecimento dos gestores do município do Ipojuca um elenco de solicitações a serem desenvolvidos na unidade. A princípio foi formado um Grupo Técnico (GT) específico para a Maternidade, para tratar de assuntos pertinentes a essas demandas. Mensalmente são realizadas reuniões, as quais estão sendo discutidas a construção de Protocolos exigidos para um bom funcionamento da instituição.

Face ao desenvolvimento desses Protocolos, de grande necessidade no serviço, buscamos trabalhar com a construção desse projeto “Boas Práticas em parto e nascimento” cuja incorporação às ações já vigentes poderá trazer muitos benefícios. Dentre eles, uma melhor assistência, através do conhecimento, do aprimoramento e da atualização de conteúdos de uso rotineiro na instituição.

Com isso, esperamos o empoderamento dos profissionais envolvidos, principalmente das Enfermeiras Obstetras, as quais estão tendo a oportunidade de se aprimorarem no seu próprio âmbito laboral e cujas expectativas serão de que essas profissionais estarão aptas a desenvolverem uma assistência de forma mais autônoma, respeitosa e humanizada ao binômio mãe e RN.

8 ORÇAMENTO

Itens	Quantidade	Valor Unitário R\$	Valor total R\$
Notebook	01	0	0
Impressão	300	0,15	45,00
Cartucho de tinta	02	60,00	120,00
Cópias	200	0,30	60,00
Papel de ofício	500	15,00	15,00
Canetas	30	2,00	60,00
Borracha	03	1,00	3,00
Folderes	200	2,00	400,00
Banners	04	80,00	320,00
TOTAL	-	-	1.023,00

REFERÊNCIAS

- ACOG practice bulletin. Antepartum fetal surveillance. Number 9, October 1999 (replaces Technical Bulletin Number 188, January 1994). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Int J Gynaecol Obstet. 2000 Feb;68(2):175-85. PubMed PMID: 10717828.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. : il.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. xx p. : il
- BRASIL. **Lei Nº 11.634, de 27 de Dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário ficial da União, Brasília-DF, 28 dez. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2007/Lei/L11634.htm>. Acesso em: 4 jun. 2017.
- BRASIL. **Lei Nº 11.108, de 7 de Abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, 8 abr. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 4 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 4 jun. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

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

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 à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
CARROLI G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2009:CD000081.

BRASIL. Ministério da Saúde. COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (CONITEC) Diretriz Nacional de Assistência ao parto normal. Relatório de Recomendação. Protocolo. Janeiro/2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto natural. Brasília: ministério da saúde, 2017. Disponível em: <
<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017

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

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

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

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao Parto e Tocurgia, 2002.

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

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

<http://www.censo2016.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=26&dados=0> Acesso em: 4 jun. 2017.

HATEM M, SANDALL J, DEVANE D, SOLTANI H, GATES S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8; (4): CD 004667.

HARTMANN et al. Outcomes of Routine Episiotomy. 2005

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

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

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

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

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

Lei 7.498/1986 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm

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

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

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

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

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

NARCHIN, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES. R. O papel das obstetrizes e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade Segura no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059 1068, abr. 2013 Disponível em <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/45820>. Acesso em 04 de jun. de 2017.

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

PASCHE DF, VILELA MEA, MARTINS CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. Revista Tempus Actas Saúde Coletiva, 4 (4), 105-117

PORTARIA Nº 2814 de 29/05/1998. Estabelece procedimentos a serem observados pelas empresas produtoras, importadoras, distribuidoras e do comércio farmacêutico, objetivando a comprovação, em caráter de urgência, da identidade e qualidade de medicamento, objeto de denúncia sobre possível falsificação, adulteração e fraude. Disponível em: www.diariodasleis.com.br/busca/exibmlink.php?numlink=1-92-29-1998-05-29-2814

PORTARIA N.º 163, DE 22 DE SETEMBRO DE 1998. Regulamenta a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem Distócia Realizado Por Enfermeiro Obstetra. Disponível em: www.abenfo.org.br/site/biblioteca/arquivos/outros/Portaria%20163.pdf

PORTARIA Nº 11 DE 7 DE JANEIRO DE 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html

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

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

RDC 36 de 3 junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html

RESOLUÇÃO COFEN 311 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>

RESOLUÇÃO COFEN 439 2012. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro do título de especialista em Enfermagem Obstétrica e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04392012_17420.html

RESOLUÇÃO COFEN 477 2015. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência à gestantes, parturientes e puérperas. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html

RESOLUÇÃO COFEN 478 2015. Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra e Obstetrix nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04782015_30969.html

RESOLUÇÃO COFEN 516 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência à gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html

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

SAS. PORTARIA Nº 743, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2005. Dispõe sobre o laudo para emissão de AIH– Autorização de Internação Hospitalar

http://w3.datasus.gov.br/sihd/Portarias/portaria2005/2005_DEZ_PT-MS-SAS-743_201205.pdf

SALVADOR. Prefeitura de Salvador. Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra no Estado da Bahia.2014

SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. CEInfo - Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Disponível em:http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/index.php?p=31247>. Acesso em: 4 jun. 2017.

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

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

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

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

World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide: report of a Technical Working Group. Geneve: WHO; 1996.

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