

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA – REDE CEGONHA

FERNANDA JHENIFER SIMONELLI DAMBROZ

**ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO
OBSTÉTRICO DESDE A ADMISSÃO DA GESTANTE A ALTA HOSPITALAR:
relato de experiência**

VITÓRIA – ES

2018

FERNANDA JHENIFER SIMONELLI DAMBROZ

**ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO
OBSTÉTRICO DESDE A ADMISSÃO DA GESTANTE A ALTA HOSPITALAR:
relato de experiência**

Artigo apresentado à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como requisito final para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha.

Orientadora Dr^a. Mariana Rabello Laignier

VITÓRIA – ES

2018

FERNANDA JHENIFER SIMONELLI DAMBROZ

**ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO
OBSTÉTRICO DESDE A ADMISSÃO DA GESTANTE A ALTA HOSPITALAR relato
de experiência**

Artigo apresentado à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como requisito final para obtenção do título de Especialista do curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica – Rede Cegonha.

Fernanda Jhenifer Simonelli Dambroz

Aprovado em: Vitória/ES, _____/_____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Mariana Rabello Laignier, Dr^a.

(Orientadora – Universidade Federal do Espírito Santo – UFES)

Franciele Maraboti Costa Leite, Dr^a

(Membro 1 - Universidade Federal do Espírito Santo – UFES)

Luciana de Cássia Nunes Nascimento, Dr^a

(Membro 2 - Universidade Federal do Espírito Santo – UFES)

Márcia Valéria de Souza Almeida, Dr^a

(Membro 2 - Universidade Federal do Espírito Santo – UFES)

Dedico este trabalho, principalmente, a Deus, por ter me concedido a graça de concluir mais uma etapa de minha caminhada com sucesso.

A meus pais que estiveram presentes, se preocuparam e torceram por mim durante todo esse processo de especialização.

Aos meus familiares, pelo carinho, amor e educação que muito contribuíram na minha conclusão.

A meu esposo por ter me ajudado e confiado em mim durante esses anos.

Aos meus mestres que contribuíram para minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Dr^a. Mariana Rabello Laignier pela doação de conhecimentos dispensados para a elaboração desse trabalho.

As equipes de enfermeiras, a coordenadora de enfermagem, ao coordenador da obstetrícia e ao diretor do Hospital e Maternidade, situado na região central do Estado do Espírito Santo, que muito me apoiaram nesse processo, além de confiarem em nosso trabalho.

Costumamos dizer que amigos de verdade são os que estão ao seu lado em momentos difíceis... Mas não! Amigos verdadeiros são os que suportam a tua felicidade! Porque em um momento difícil qualquer um se aproxima de você. Mas o seu inimigo jamais suportaria a sua felicidade!!

Padre Fábio de Mello

RESUMO

Objetivo: Elaborar um protocolo de atuação do Enfermeiro Obstétrico desde a admissão da gestante de risco habitual a alta hospitalar. **Método:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido com as enfermeiras obstétricas de um hospital e maternidade da região central do Espírito Santo, no período de Setembro a Dezembro de 2017. **Resultado:** Foram realizadas reuniões à criação de um protocolo que respaldasse e autonomia, institucionalmente, à atuação das enfermeiras obstétricas, além de, qualificar a assistência às mulheres. **Conclusão:** espera-se com este protocolo diminuir as intervenções desnecessárias, principalmente em sala de parto, promovendo melhorias na assistência a gestantes e seus familiares, proporcionando a autoconfiança das mulheres nesse processo, além de, respaldar institucionalmente as ações prestadas por esta categoria. **Palavras-chave:** Protocolo. Assistência. Admissão. Risco Habitual. Alta Hospitalar. Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To elaborate a protocol of performance of the Obstetric Nurse since the admission of the pregnant woman of habitual risk to hospital discharge. **Method:** Descriptive study of the experience report, developed with obstetric nurses at a hospital and maternity hospital in the central region of Espírito Santo, from September to December 2017. **Outcome:** Meetings were held to create a protocol that would support and autonomy, institutionally, to the performance of obstetrical nurses, besides qualifying care for women. **Conclusion:** this protocol is expected to reduce unnecessary interventions, especially in the delivery room, promoting improvements in assistance to pregnant women and their families, providing the women's self-confidence in this process, as well as institutionally supporting the actions provided by this category. **Keywords:** Protocol. Assistance. Admission. Habitual Risk. Hospital discharge. Obstetric Nursing.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
METODOLOGIA	13
RESULTADO E DISCUSSÃO	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERENCIAS	19
APÊNDICE A	22
APÊNDICE B	33

INTRODUÇÃO

Antigamente, a assistência ao ciclo gravídico-puerperal era de autonomia exclusiva da categoria feminina, pois, quem realizava essa prática eram as parteiras, sendo conhecidas na sociedade pelas suas experiências, apesar de não dominarem o conhecimento científico. Sendo assim, as mulheres pariam e eram acompanhadas em suas dependências, sem nenhuma intervenção (MOURA et al; 2007).

A partir do século XX, ocorreu um fortalecimento na hospitalização do parto, permitindo a medicalização e controle do período gravídico-puerperal, esse fato, favoreceu a submissão da mulher, e o modelo biomédico começou a se fortalecer e a evoluir tecnicamente. Desta forma, o parto passou a ser vivenciado como um momento de sofrimento, impedindo o processo fisiológico do parto natural. O excesso das intervenções médica durante o parto contribuiu para o aumento das taxas de cesariana, mortalidade materna e perinatal (ZVEITER; PROGIANTI; VARGENS, 2005; SODRÉ; LACERDA, 2007).

No Brasil, o corpo é visto como uma máquina que requer alguém para consertá-la. O modelo de assistência ao parto segue esse princípio, negligenciando assim, o benefício do processo fisiológico do parto normal. Por consequência, a mulher se torna vulnerável e submissa a um modelo biomédico, que não leva em consideração a humanização e a particularidade do ser humano, induzindo-a na perda de sua própria autonomia (DAVIM; BEZERRA, 2002)

Sabe-se que as mulheres constituem mais da metade da população brasileira, compondo um segmento social importante para as Políticas de Saúde. Este fato faz com que o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha um olhar voltado para esta parcela da população, já que o atendimento à mulher em seu período gravídico-puerperal deve ser adequado e, a assistência voltada para um conjunto de ações de forma a estimular a autonomia da mulher para o seu autocuidado (BRASIL, 2013; DUARTE; MAMEDE, 2013).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, introduziu a proposta de abordar a mulher como um sujeito de cuidado, percebida e assistida em sua singularidade. Considerando suas dimensões sociais, econômicas, históricas, políticas e culturais, tendo como base, uma assistência integral e humanizada, com o propósito de oferecer ferramentas e suporte para que a mulher

passa a cuidar de si e de sua família de forma qualificada (ALMEIDA; SILVA, 2008; CHAVES et al, 2011).

Para que a assistência aconteça de forma satisfatória, as ações devem ser planejadas de forma a identificar fatores de riscos relacionados à mortalidade materna e neonatal já que este é um importante indicador que reflete as condições econômicas e reprodutivas. Diante disto, o MS lançou como estratégia a Rede Cegonha, que tem como objetivo melhorar a assistência às mulheres, implementando um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança (KASSARÁ et al, 2013; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; NEVES, 2010)

Muitas vezes o ciclo gravídico-puerperal é tratado de forma não integrada, sendo raro esse período receber assistência numa mesma instituição. Por esta razão, o enfermeiro é considerado o profissional central, além de aliado na promoção e defesa do bem-estar da mulher por meio de orientações e apoio, afim de que o processo transcorra de forma mais natural possível (HOFFMANN, 2008)

Nos anos 90, o modelo biomédico obstétrico foi criticado, por não respeitar os direitos de escolha da mulher. Esta questão fez com que as práticas obstétricas intervencionistas se elevassem, assim, surgiu o movimento de humanização do parto e nascimento ligado ao movimento feminista que propunham mudanças do modelo assistencial, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde se criou o documento de “Tecnologias Apropriadas para o Parto e Nascimento”, baseado nos direitos da mulher-criança-família (PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010).

Com aumento das taxas de cesariana, além da mortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde (MS) percebeu a necessidade de melhorar o quadro de saúde materna e conseqüentemente perinatal. Para que isso fosse executado, trabalharam em cima da proposta de qualificar profissionais, afim de, promover uma melhor atenção obstétrica e neonatal, com vistas à humanização e as práticas baseadas em evidências. Desta forma, humanizar é desenvolver características fundamentais ao ser humano, principalmente as que fazem urgentes e essenciais (OMS,1985; ZAMPIERE,1999).

Vendo a necessidade de melhoria na assistência às mulheres em seu período gravídico-puerperal, o MS, ainda nos anos 90, elaborou um eixo legal que concedeu a inserção da enfermeira obstétrica (EO) na assistência ao parto, dando condições

para desenvolver e implantar práticas voltadas à humanização. Essas especialistas foram vistas pelos seus gestores como profissionais autorizadas para executar ações voltadas para esta política, sendo dotadas de competência necessária e eficaz diante da estrutura do campo obstétrico humanizado (OVERGAARD et al, 2011).

A mudança à atenção à saúde materna e perinatal, fez com que várias intervenções se adequassem, tendo em vista, a qualidade da assistência voltada para as necessidades da mulher. Assim, tornou-se indispensável à inserção das enfermeiras obstétricas aptas para o manejo adequado das situações obstétricas. Estudos mostram que o modelo de assistência ofertado por estas especialistas, envolvem menores taxas de intervenções aumentando o grau de satisfação das mulheres (WALSH; DOWNE, 2004).

O conjunto de medidas políticas de Humanização do Parto e Nascimento, e as legislações do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre elas, a Portaria nº 2.815/98 e 169/98, fizeram com que o governo estabelecesse ações no campo da saúde, principalmente na assistência as gestantes, visando à redução de indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal, além da qualidade na assistência ao parto normal, prestada por enfermeiras obstétricas às gestantes de risco habitual, essas Portarias vieram com intuito de nortear as atribuições no atendimento e laudo de internação de enfermagem à expedição de autorização de internação hospitalar (AIH) realizada por esta categoria. Deste modo, a EO passa a assistir mulheres de baixo risco, e as referencia para a categoria médica caso detecte alguma complicação em seu quadro de saúde, promovendo a assistência multiprofissional e o trabalho em equipe (PROGIANTI; MOUTA, 2009; PRATA; PROGIANTI; PEREIRA, 2011).

Esta participação favorece o equilíbrio entre as intervenções e o processo fisiológico da parturição, mesmo naquelas gestantes/parturientes que precisam de assistência de maior complexidade. As evidências que apontam a efetividade do atendimento realizado por enfermeiras obstétricas são grandes, contudo, só acontecem quando o profissional é devidamente qualificado e atua com base em protocolos e diretrizes (PEREIRA; PROGIANTI; ALVES, 2010; DOWNE; FINLAYSON; FLEMING, 2010; BEHRUZI et al, 2010; HATEM et al, 2008; MCLNTYRE, 2012).

A inserção da enfermagem obstétrica visa diminuir as complicações e morbidades relacionadas à assistência prestada sem a devida indicação. Esse envolvimento é essencial para atingir as metas ao parto adequado, dando direito da enfermeira obstétrica assumir a mulher desde pré-natal até o puerpério, ofertando apoio e orientação em seu ciclo gravídico-puerperal, tendo participação ativa desde a admissão até a alta hospitalar. Esta atuação permite criar um vínculo, fazendo com que a mulher se sinta mais segura e confiante em sua trajetória, apresentando assim, resultados satisfatórios na redução da morbimortalidade materno-neonatal. A interação faz com que a mulher tenha segurança em relação ao parto, resgatando a autoconfiança natural do seu corpo durante o processo de parturição (CFM, 1998; GOLDMANN; BARROS, 1998; CECHIN 2002; BARROS; SILVA, 2004).

Existem vários eixos legais para atuação da enfermagem obstétrica, entre eles, a Lei 7.498/86 que regulamentada pelo Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987, que expõe sobre o exercício da enfermagem e aponta a atribuição do enfermeiro obstétrico, cujo o Artigo 2º e 3º discorrem a respeito da especialização em enfermagem obstétrica, e a atuação do mesmo à saúde da mulher, gestante, parturiente, puérpera, evolução de trabalho de parto, assistência em situação de emergência e autonomia na tomada de decisão até a chegada do médico, promovendo assim, a segurança do binômio. A Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 516/16 que aponta a atuação e a responsabilidade do enfermeiro obstetra e assistencial na assistência à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido assegurando todas as atribuições e condutas prestadas pelos EO nos ambientes privados e públicos (PEREIRA; PROGIANTE; ALVES, 2010; CFM,1998; COREN, 1986; SANTOS et al, 2002; COFEN, 2016).

A atuação da Enfermeira Obstétrica (EO) é vista como uma importante estratégia nas políticas públicas à redução da mortalidade materna e neonatal, além de ser fundamentadas nas Portarias, Secretaria de Atenção a Saúde SAS/MS nº743/05 e Gabinete do Ministro GM/MS nº 1459/11, considerando também, as Portarias 569/00 e a Portaria 572/00 GM, que institui o programa de pré-natal e nascimento. A Portaria GM nº 2815/98 e a Portaria GM/MS nº 2488/07 que evidenciam a tabela do Sistema de Internações hospitalares do SUS (SIH-SUS), estabelecem o laudo de enfermagem para emissão de AIH por EO e regulamentam

o procedimento referente ao código 35.080.01.9 o parto normal sem distócia pelo EO da tabela do SIH/SUS (PEREIRA; PROGIANTI; ALVES, 2010; COFEN, 2015).

Mediante ao novo modelo de assistência ao parto e a melhoria no atendimento às mulheres, este artigo tem como objetivo relatar a experiência da elaboração de um protocolo de assistência as gestantes de risco habitual.

METODOLOGIA

Relato de experiência da criação de um protocolo de assistência a gestante desde a admissão até a alta hospitalar, realizado no setor maternidade de um Hospital situado na região central do Estado do Espírito Santo. A Instituição se enquadra na categoria geral de baixa, média e alta complexidade e oferece vários atendimentos incluindo o de ginecologia e obstetrícia. Este hospital tem uma área de abrangência de 52.768,40 m², atendendo a 32 municípios do Estado do Espírito Santo. É uma instituição escola, que exerce a filantropia, com atendimento ao SUS.

A maternidade possui 22 leitos de alojamento conjunto, 06 leitos de sala de parto com cama de pré-parto, parto e pós parto – PPP (equipados para realização de parto normal), 01 banco de leite, centro cirúrgico, além de ter anexo uma casa de gestante, neonato e puérpera.

A equipe de saúde da maternidade conta com: 02 médicos obstetras plantonistas, médico residente em obstetrícia, 5 enfermeiros assistenciais, 5 enfermeiros obstétricos, 14 técnicos de enfermagem, um pediatra a cada plantão, médico residente em pediatria, anestesista e médico residente em anesthesiologia.

A porta de entrada para a gestante é a recepção geral, com funcionamento 24 horas, onde também é feito o registro em prontuário. Em seguida, a gestante é encaminhada a uma sala de Acolhimento, específico para gestante, com Classificação de Risco, em que a mesma é acolhida e avaliada pela enfermeira assistencial. Após, é direcionada ao consultório, para avaliação do obstetra, que a encaminhada à enfermaria, sala de parto ou centro cirúrgico.

A gestante tem direito a um acompanhante de livre escolha, durante toda sua internação. A visita à maternidade e a sala de parto são livres ao pai do neonato.

O processo de elaboração do protocolo foi realizado em 3 etapas, durando em média quatro meses, totalizado 20 encontros. Na primeira etapa foi realizado um diagnóstico situacional da Instituição, a partir de um instrumento disponibilizado pelo curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, onde foi detectada a necessidade de criar um protocolo, além de um fluxograma em anexo, que amparasse a atuação do enfermeiro obstetra na assistência às gestantes de risco habitual, desde admissão com a emissão da AIH até a alta, promovendo um atendimento integral.

Na segunda etapa foi realizada revisão de alguns protocolos da própria Instituição, bem como, em protocolos existentes em hospitais de referência no Brasil e, em diretrizes do Ministério da Saúde. Na terceira etapa, a equipe de enfermeiros e enfermeiras obstetras elaborou um protocolo piloto de atendimento à mulher em seu período gravídico-puerperal que foi apresentado ao gestor, ao coordenador de enfermagem e à referência obstétrica da instituição para ser aprovado, e, ajustado, se necessário, para futura implantação.

O protocolo de assistência à mulher em seu período gravídico-puerperal dá ênfase à Autorização de Internação Hospitalar (AIH), à assistência ao parto, à prescrição de enfermagem e à alta hospitalar, tendo como base as seguintes etapas: classificação das gestantes de risco habitual; emissão da AIH; direcionamento e acompanhamento à sala de parto; sistematização de assistência de enfermagem – histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, prescrição e evolução de enfermagem; partograma; partejamento; assistência ao parto normal sem distócia; puerpério nas primeiras horas após o parto; encaminhamento ao alojamento conjunto; assistência puerperal; e, alta hospitalar.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Durante vários dias de trabalho, foram levantadas questões relevantes e referentes ao atendimento às gestantes e puérperas entre as enfermeiras obstétricas que atuam na sala de parto. Esta discussão foi realizada in loco, durante os plantões do mês de Setembro a Dezembro de 2017, com diálogo sobre a importância da atuação direta das mesmas na assistência integral à gestante, parturiente e puérpera.

Como a instituição também é um hospital escola observou o tratamento dessas pacientes mediante a assistência prestada pelos residentes e internos de medicina. Na primeira etapa do processo, constataram-se as seguintes questões: toque vaginal excessivo, conversas paralelas durante os procedimentos/consultas, alto número de pessoas em sala de parto durante o período expulsivo, porta aberta, solicitação para avaliação da metrossístole, pressão arterial, batimento cardio-fetal (BCF) durante o processo de relaxamento para alívio das dores, clampeamento imediato do cordão, retirada precoce do recém-nascido do primeiro contato com a mãe, entre outras ações indesejadas. Diante disto, constatou-se que muitas atitudes incomodavam a gestante/parturiente.

Durante a segunda etapa, em dois momentos distintos, que duraram 4 encontros, foram revisadas algumas literaturas, artigos, manuais e protocolos do MS, além de, protocolo institucional de assistência ao parto, Portarias, Normas e Legislações, a fim de criar um fluxograma de atendimento de gestante de risco habitual como anexo (Apêndice b) e o protocolo piloto de assistência as essas gestantes (apêndice A). Logo após, foram realizados mais 16 encontros para elaboração do fluxograma e do protocolo que respaldasse e norteasse institucionalmente os atendimentos a esse público, desde AIH até a alta.

Na terceira etapa, deu-se início a elaboração do protocolo, que tem como objetivo promover uma melhor assistência as gestantes de risco habitual e diminuir intervenções desnecessárias, zelando pela qualidade da assistência prestada. A seguir, começamos a destrinchar os critérios de admissão, partindo desse princípio, foi descrito o modelo de assistência durante o processo de parturição, emissão de AIH, orientação sobre as fases do trabalho de parto, encaminhamento e assistência no puerpério, alojamento conjunto, e por fim, alta puerperal. Esta fase contabilizou 12 encontros, e assim finalizamos a criação do protocolo.

O processo durou em média quatro meses, totalizado 20 encontros em três etapas, hoje o protocolo assistencial aguarda a revisão da gerencia e do Conselho de Enfermagem. Com o mesmo aprovado e instituído, as EO terão mais confiança e poderão realizar seu trabalho com respaldo institucional. A ideia é realizar um trabalho multiprofissional, melhorando o atendimento desde admissão até a alta, tendo como foco principal a gestante, concepto e seus familiares.

O documento criado apresenta diretrizes para assistência da enfermagem obstétrica, que deverão ser utilizadas em conjunto com os protocolos já existente na Instituição, além de publicações que incluem documentos técnicos e portarias do Ministério da Saúde, bem como, Legislações do Exercício Profissional, as Resoluções, Portarias e Recomendações do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

Sabe-se que, a assistência obstétrica tem como objetivo o binômio saudável e o mínimo de intervenções possíveis, visando sempre à segurança. Contudo, através de evidências científicas, os cuidados oferecidos pelas enfermeiras obstétricas (EO) reduzem o uso de intervenções desnecessárias, melhoram os indicadores de morbimortalidade e ampliam a satisfação das mulheres com a experiência vivenciada (GRAMACHO et al, 2014). Mediante a isso, a equipe de enfermeiras obstétricas começou a atuar em sala de parto colocando em prática o seu trabalho e mostrando a importância e a positividade de uma assistência sem intervenção, isso, com base em protocolos do MS, Legislações, Portarias e Diretrizes, já que o protocolo piloto ainda esta em processo de aprovação, sendo que, esses documentos servem para nos dar respaldo.

Muitas vezes, os leitos das salas de parto estavam ocupados, e o setor conta apenas com uma enfermeira obstétrica por plantão, dessa forma priorizamos as gestantes em processo de trabalho de parto, de acordo com a classificação de risco, idade gestacional, dilatação e o Plano de DE LEE, após esta triagem, começamos a trabalhar com a mesma, respeitando primeiramente a privacidade, caso tivesse mais de uma gestante em sala, fechamos as cortinas para individualizar o leito e não expor a mulher, colocamos plaquinhas simbolizando silêncio na sala, evitávamos toque vaginal, pois, com a avaliação da residente para verificação da dilatação e a descida fetal, as próximas horas a descida era acompanhada pelo Batimento Cardio-Fetal (BCF).

Mostramos também que, a mulher pode ser reavaliada onde quer que ela esteja, evitando retirá-la do processo de relaxamento. Com esses gestos fomos percebendo que condutas foram mudadas, melhorando as assistências prestadas a essas mulheres, mas ainda não estávamos satisfeitas, pois, partejávamos as gestantes no processo de trabalho de parto e na hora do período expulsivo tínhamos que nos retirar, deixando o espaço para os residentes e internos médicos.

A humanização não se baseia apenas em materiais sólidos, mas sim, no respeito à mulher como pessoa única. O bebê tem o direito a um nascimento saudável e harmonioso. É um momento único, que necessita de atenção, carinho e cuidado e, na maioria das vezes, sem qualquer intervenção, só temos que encorajá-la, mostrar que é capaz de conduzir o processo e que é a protagonista desse evento. Humanizar é focar no respeito às escolhas da mulher, no atendimento digno, no direito e sem qualquer tipo de violência ou intervenções desnecessárias (MPPE, 2015).

Temos consciência que o trabalho de mudança, bem como, o processo de inserção das EO será lento, mas, através das nossas atitudes e condutas serão reestruturados. Como no setor já tinham especialistas em EO e em processo de formação, os mesmos iniciaram a assistência à mulher em todo processo de parturição. Constatamos que, os staffs, residentes, internos de medicina e até mesmo a equipe técnica começaram a sentir mais confiança em nosso trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os encontros proporcionaram um espaço de discussão, entre nós, profissionais enfermeiros que prestam atendimento a gestantes, parturientes e puérperas, fazendo refletir e discutir o quanto é importante uma assistência com o mínimo, ou até mesmo, nenhuma intervenção, sendo fundamental para que, o ato de parir transcorra de forma mais natural possível.

Esperamos que, com as práticas implantadas pela inserção das EO, ocorra uma diminuição das intervenções desnecessárias, principalmente em sala de parto, melhorando ainda mais, a assistência a gestantes e seus familiares, proporcionando a autoconfiança das mulheres nesse processo, além do aumento de satisfação no atendimento.

Este novo modelo, que já foi apresentado, e agora esta em processo de revisão para adequação, irá proporcionar que muitos profissionais incorporem e apoiem, passando a confiar na assistência das EO, e assim, o trabalho multiprofissional poderá ser realizado e os resultados serão satisfatórios.

Todas as práticas desenvolvidas para elaboração do fluxograma e do protocolo piloto foram baseadas em evidências científicas, além da utilização de legislações e diretrizes, com isso, pretendem-se observar uma melhora no atendimento, mudanças de comportamento de alguns profissionais e os resultados positivos após suas aplicações, aumentando a confiança na relação profissional-paciente.

Temos ciência que falta muito para a inserção integral das EO, mas, a prática e os resultados em **sala de parto** já estão sendo trabalhadas mediante protocolos do MS e observadas, porém, falta que o desenvolvimento e o método utilizado em **sala de parto** sejam realizados na admissão (AIH) e no puerpério (alta), sabemos que, o nosso espaço nesses setores serão lentos, mas continuaremos lutando para que possamos sair das sombras, e que o nosso trabalho seja cada vez mais respeitado.

O que se pretende, não é um trabalho isolado, mas sim um trabalho multiprofissional, onde um respeite o outro e todos respeitem o momento da mulher, que condutas sejam vistas e discutidas, visando sempre a qualidade da assistência para esta gestante/parturiente.

REFERENCIAS

- ALMEIDA MS, SILVA IA. **Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia.** Brasil. Rev. Esc. Enferm. USP. 2008.
- BARROS LM, SILVA RM. **Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição.** Texto Contexto Enferm 2004.
- BEHRUZI R, HATEM M, GOULET L, FRASER W, LEDUC N, MISAGO C. **Humanized birth in high risk pregnancy: barriers and facilitating factors.** Med Health Care Philos. 2010; 13 (1): 49-58.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2013.
- CECHIN PL. Reflexões **sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia.** Ver. Bras Enferm 2002.
- CHAVES M.M.N, FARIAS F.C.S.A, APOSTÓLICO M.R, CUBAS M.R, EGRY E.Y. **Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.** Rev. Esc. Enferm. USP. 2011.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0477/15. **Dispões sobre a atuação dos enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas.** Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em: 12/10/2017.
- COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 516/16. **Normatiza a atuação e responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e obstetriz e da outras providencias.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RES.-COFEN-516-2016.pdf>. Acesso em: 12/10/2017.
- COREN – Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. Lei nº 7.498/86. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** Disponível em: http://www.coren.df.org.br/legis_parec/leis. Acesso em: 12/10/2017.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Natural, seguro e humanizado.** Brasília, a 12, n 91, p. 19, mar 1998.
- DAVIM R.M.B, BEZERRA L.G.M. **Assisntencia à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de enxperiencia.** Ver Latino-am Enfermagem 2002 setembro.
- DOWNE, S.; FINLAYSON, K.; FLEMING, A. **Creating a collaborative culture in maternity care,** J midwifery Womens Health. 2010.
- DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. **Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde.** Cuiabá. Cienc. enferm. 2013;

Disponível: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100011>. Acesso em: 12/10/2017.

GOLDMANN, R.E.; BARROS, S.M.O. **Análise da assistência do trabalho de parto e parto realizado por enfermeiras obstetras**. Acta Paul Enferm 1998 .

GRAMACHO, R.C.C.V et al. Protocolo Assistencial da Enfermeira Obstetra no Estado da Bahia. Salvador. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/nanda/Desktop/MATERIAL%20DE%20OBSTETRICA/TCC/Protocolo-Enfermagem-versao-para-impressao%20-%20%20MEU%20TEMA.pdf>. Acesso em 19/11/2017.

HATEM, M.; SANDALL, J.; DEVANE, D.; SOLTANI, H.; GATES, S. **Midwife-led versus other models of care for childbearing women**. Cochrane Database Syst Ver. 2008.

HOFFMANN, I.C. **A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal**. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria; 2008.

KASSARA, S.B.; MELO, A.M.C.; COUTINHO, S.B.; LIMA, M.C.; LIRA, P.I.C. **Determinants of neonatal death with emphasis on health care during pregnancy, childbirth and reproductive history**. J. Pediatr. 2013. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2012.11.005>. Acesso em: 12/10/2017.

MCLNTYRE, M.J. **Safety of non-medically led primary maternity care models: a critical review of the international literature**. Aust Health Ver. 2012.

MOURA, F.M.J.S.P.; CRIZOSTOMO, C.D.; NERY, I.S.; MENDONÇA, R.C.M.; ARAÚJO, O.D.; ROCHA, S.S. **A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal**. Ver. Bras Enferm. 2007.

MPPE - Ministério Público de Pernambuco. **Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos**. Procuradoria Geral de Justiça. Recife. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/nanda/Desktop/MATERIAL%20DE%20OBSTETRICA/TCC/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>. Acesso em: 20/11/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011: **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Diário Oficial da União. 24 jun 2011. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12/10/2017.

NEVES, M.A.B. **Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente**. In: III Congresso Consad de Gestão Pública; 2010 mar. p. 1-17; Brasília, Brasil. Brasília: CONSAD; 2010.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Appropriate technology for birth**. Lancet 1985.

- OVERGAARD, C.; MOLLER, A.M.; FENGER-GRON, M.; KNUDSEN, L.B.; SANDALL. **Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women.** BMJ Open 2011.
- PEREIRA, A.L.F.; PROGIANTI, J.M.; ALVES, V.H. **Legislação profissional e marcos regulatórios da prática assistencial da enfermeira obstétrica no Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: ABENFO Nacional e Faculdade de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
- PORFÍRIO, A.B.; PROGIANTI, J.M.; SOUZA, D.O.M. **As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar.** Rev. Eletr. Em ´f. 2010. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>. Acesso em: 12/10/2017.
- PRATA, J.A.; PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F. **O contexto Brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado.** 2011.
- PROGIANTI, J.M.; MOUTA, R.J.O. **A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em maternidade.** Ver enferm URJ. 2009.
- SANTOS, C.C.; OKAZAKI, E.L.F.J. et al. **Dispositivos legais relacionados à saúde da mulher e do recém-nascido: manual.** São Paulo: ABENFO 2002.
- SODRÉ, T.M.; LACERDA, R.A. **O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR.** Rev Esc Enferm USP 2007.
- ZAMPIERE, M.F.M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes.** Texto & Contexto – Enfermagem 1999.
- ZVEITER, M.; PROGIANTI, J.M.; VARGENS, O.M.C. **O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica.** Pulsional Rev Psicanál 2005.
- WALSH, D.; DOWNE, S.M. **Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review.** Birth 2004.

APÊNDICE A – Protocolo de Assistência as Gestantes de Risco Habitual

		Data de emissão:
		Data de revisão:
Área Emitente: Bloco Obstétrico	Unidade executante / Abrangência: Sala de parto, pré-parto e maternidade.	
Tarefa: ASSISTÊNCIA ÀS GESTANTES DE RISCO HABITUAL REALIZADO PELAS ENFEMEIRAS OBSTÉTRICAS		
Objetivo: Promover assistência das gestantes de risco habitual durante o processo de admissão, parturição e puerperal, por meio da implantação e implementação de medidas que favoreçam qualidade na assistência durante esse processo.		
1.0 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO DA GESTANTE - HOSPITAL <p>O processo de enfermagem é uma ferramenta que utilizam componentes e métodos baseados em evidências científicas promovendo a promoção da saúde e uma melhor qualidade de vida em seu período gestacional, mediante uma abordagem que contextualiza e permite sua participação nesse processo. Para que a gestante seja acompanhada pela enfermeira obstétra na admissão alguns critérios devem se seguidos, visto que, o profissional só deverá atender gestante de baixo risco, segue abaixo os critérios a serem seguidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ter pelo menos 6 consultas de pré-natal; • Idade Gestacional de 37s a 40s; • Idade > ou igual a 15 anos; • Idade > ou igual a 30 anos para acolhimento e critério de elegibilidade; • Resultados de todos os exames realizados dentro dos padrões de normalidades; 		

- Inexistência de intercorrências clínicas, tais como: cardiopatia; pneumopatias graves; endocrinopatias; hipertensão arterial crônica e/ou paciente que faça uso de anti-hipertensivo; doenças neurológicas (como epilepsia); doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento; doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); alterações genéticas materna; antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; portadores de doenças infecciosas como HIV, hepatites e outras ISTs; ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras); dependência de drogas lícitas (álcool) e ilícitas; hanseníase; tuberculose;
- Inexistência de intercorrências obstétricas tais como: restrição de crescimento intra-uterino; polidraminia; oligoidraminia; diabetes melitus gestacional; malformação fetal ou arritmia fetal; distúrbio hipertensivo da gestação; infecção urinária de repetição, 2 ou mais episódios de pielonefrite; infecções como rubéolas e citomegalovírus adquiridas na gestação; evidência laboratorial de proteinúria; desnutrição materna severa; obesidade mórbida; placenta prévia; isoimunização Rh.

Mediante aos critérios acima citados, o enfermeiro obstetra irá avaliar a gestante coletando o histórico de enfermagem, realizando o diagnóstico de enfermagem, o planejamento e a evolução. Caso a gestante esteja realmente em trabalho de parto será encaminhada para a sala de parto que seguirá sendo acompanhada pela enfermeira obstétrica em todo o processo de parturição até a alta hospitalar.

2.0 ASSISTÊNCIA DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO

2.1 ACOLHIMENTO

- A enfermeira deverá apresentar-se identificando pelo nome;
- Respeitar a presença do acompanhante da escolha da mulher;
- Valorizar a queixa da mulher;
- Seguir a ficha de classificação, preenchendo os dados nela existente;

* Caso a Idade Gestacional entre 37s a 40s e classificação baixo risco:

- Encaminhar a gestante ao consultório para ser avaliada pela Enfermeira Obstétrica.

2.2 AVALIAÇÃO E PROCESSO DE ENFERMAGEM

- Conversar com a gestante para conhecer sua história;
- Explicar de forma clara como será realizado;
- Realizar o exame físico e diagnóstico de enfermagem.

2.3 AO EXAME FÍSICO

- Avaliar do cartão de pré-natal;
- Realizar anamnese;
- Realizar exame clínico;
- Realizar exame obstétrico;
- Avaliar a vitalidade fetal;
- Avaliar a atividade uterina;
- Explicar para a mulher e seu acompanhante sobre as fases do trabalho de parto;
- Esclarecer todas as dúvidas, fazendo com que a mulher se sinta segura e confiante.

FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO

- Contrações uterinas regulares e dilatação cervical progressiva a partir de 4cm – encaminhar para Sala de Parto;
- formalizar via sistema a evolução de enfermagem ao decorrer de todo o processo.

FASE LATENTE DO TRABALHO DE PARTO OU PRÓDOMO

- Contrações uterinas dolorosas, irregulares, incluindo dilatação até 4cm, bolsa íntegra, ficará em observação pelo período de 4hs ou poderá prolongar-se ou adiantasse esse período caso a enfermeira obstétrica julgue necessário para avaliá-la novamente.

OBSERVAÇÃO:

Caso a gestante fique em observação deverá seguir a seguinte conduta:

- Explicar para a mulher e o acompanhante sobre as fases do trabalho de parto e a fase em que se encontra;
- Esclarecer suas dúvidas;
- Oferecer dieta leve;
- Encaminhar para a sala de observação;
- Explicar os métodos não farmacológicos para alívio da dor e para otimizar o trabalho de parto de acordo com a avaliação;
- Formalizar via sistema a evolução de enfermagem.

3.0 ADMISSÃO – AIH

Feito diagnóstico de trabalho de parto com base na diretriz do Ministério da Saúde e avaliação de risco dentro das normalidades, a enfermeira obstétrica deverá proceder a internação seguindo:

- Solicitar internação a recepção;
- Elaborar a prescrição de enfermagem conforme protocolo da instituição e avaliação da parturiente;
- Anexar no prontuário a cópia do cartão de pré-natal, ultrasonografia, exames, realizar e registrar o teste rápido de HIV, VDRL E Hepatite B;
- Encaminhar e apresentar a sala de parto, manter um ambiente acolhedor, com luz amena, musicoterapia, aromoterapia;
- Orientar/auxiliar na troca de roupa de cama e camisola caso sujidade;
- Orientar e explicar a parturiente e acompanhante sobre a rotina da instituição: orientar que o celular deve ficar no silencioso, que fotos serão autorizadas em momentos oportunos. Não serão permitidas visitas no momento do trabalho de parto;
- Relembrar as fases do trabalho de parto;
- Apresentar e estimular os métodos não farmacológicos para alívio da dor e otimizar o trabalho de parto;
- Mostrar o banheiro que a parturiente irá utilizar;

- Ajudar o acompanhante a realizar as atividades mais favoráveis para ele e para a parturiente (levar em consideração cultura e religião de cada pessoa);
- Estimular o acompanhante a realizar massagens na parturiente e estar presente nas caminhadas, banhos e exercícios;
- Orientar a equipe técnica sobre os métodos que foram oferecidos e explicar que o acompanhante não exclui o apoio que a equipe deve oferecer.
- Oferecer dieta leve;
- Certificar que a parturiente e o acompanhante compreenderam o que foi explicado e orientado, permitir que os mesmos tirem suas dúvidas em qualquer momento.

4.0 TRABALHO DE PARTO

Considerar, orientar e registrar:

- Batimento cardíaco-fetais (BCF): realizar avaliação periodicamente
- Durante a fase ativa do parto a cada 30 minutos ou menos dependendo da avaliação;
- Durante o período expulsivo na fase latente a cada 15 minutos;
- Durante o período expulsivo na fase ativa a cada 5 minutos.

Realizar ausculta dos BCF antes durante e após as contrações na posição em que a parturiente estiver, caso não favoreça, solicitar que a mesma fique em uma posição confortável, mas que der para auscultar os batimentos fetais, sempre explicando o procedimento que será feito e o motivo que não deu para realiza-lo naquela posição.

- Dinâmica uterina a cada hora;
- Exame Vaginal a cada 4hs ou sempre que houver indicação precisa ou se a mulher solicitar;
- Verificar sinais vitais: frequência cardíaca a cada hora e pressão e temperatura pode ser realizada a cada 4hs ou se caso necessidade;
- Hidratação via oral - estimular a ingestão hídrica;
- Dieta - oferecer líquidos (suco), frutas e gelatina, sempre se atentando a necessidade

de reposição de energia e hidratação, evitando assim a desidratação e hipoglicemia;

- Conforto físico – manter o quarto limpo e arejado promovendo o bem-estar e o conforto da parturiente. A equipe deve ficar atenta com a limpeza e a organização da sala de parto;
- Posição da parturiente – Estimular a parturiente e utilizar a cada momento do trabalho de parto, principalmente durante o período expulsivo e no parto, a posição que lhe agrada ou que é indicado no momento, caso precise coloca-la em outra posição – sempre explicando para a mesma o motivo.
- Abrir o partograma para avaliação da evolução do trabalho de parto;
- Durante o período expulsivo – apoiar a escolha da mulher caso seja favorável, esperar os puxos espontâneos. Caso os puxos espontâneos sejam ineficaz a enfermeira obstetra deverá orienta-la como aproveitar o processo fisiológico de maneira efetiva através da respiração, sonorização, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento, evitando sempre os puxos dirigidos a não ser que seja necessário.

4.1 O NASCIMENTO DA CRIANÇA E A INTERAÇÃO MÃE E FILHO

- Receber o RN com muita tranquilidade e delicadeza;
- Avaliar o RN durante sua recepção;
- Manter a sala de parto com ambiente aquecido ou em temperatura ambiente, silenciosa e com pouca iluminação;
- Encorajar a puérpera a colocar o RN diretamente em cima do seu abdômen, mantendo o contato pele com pele, colocar um pano aquecido por cima do RN onde ficará por uma hora, favorecendo assim o vínculo mãe-filho;
- Realizar o clampeamento do cordão umbilical por volta de 3 minutos;
- Estimular ao aleitamento materno na primeira hora de vida.

4.2 DEQUITAÇÃO E PERÍODO GREENBERG

- Evitar a tração contínua e controlada;

- Administrar 10UI de ocitocina intramuscular após o nascimento do RN, prevenindo assim hemorragia pós parto.
- Confirmar o desprendimento da placenta e caso a mesma estiver difícil para se desprender realizar a manobra de Jacobs – Dublin facilitando seu desprendimento;
- Analisar e revisar a placenta por completo, verificando a integridade dos cotilédones, membranas e presença de veia e artérias umbilicais além de observar a modalidade da expulsão da placenta – Baudelocque Schultze e B-Duncan. Garantindo a saída da placenta por completo e evitando que fique restos placentários na cavidade uterina;
- Observar e monitorar o sangramento nas primeiras 6hs, verificando sempre os sinais de choque hemorrágico – frequência cardíaca, hipotensão, hipotermia e sudorese;
- Oferecer e mostrar a placenta a puérpera caso ela queira.
- Realizar a revisão do canal de parto, verificando hematoma, edema ou laceração;
- Realizar sutura da laceração, caso necessário;
- Orientar a higienização íntima e informa-la que cai sozinho, mas caso detectar alguma anormalidade para procurar a unidade de saúde ou a instituição;
- Orientar abstinência sexual;
- Aferir os sinais vitais na primeira hora do pós-parto, observando também perda sanguínea, retração uterina e o estado geral da puérpera;
- Deixar a puérpera confortável na sala de parto na primeira hora pós-parto;
- Oferecer dieta;
- Prescrever e administrar medicação conforme avaliação e protocolo;
- Evoluir o parto e pós-parto descrevendo os procedimentos realizados via sistema;
- Após a primeira hora pós-parto encaminhar a puérpera e o RN para o alojamento conjunto.

5.0 PUERPÉRIO X ALOJAMENTO CONJUNTO

O alojamento conjunto é o local onde acomoda o Recém Nascido, a mãe e o acompanhante. O objetivo é oferecer:

- Melhores condições para o binômio e o acompanhante – enfatizando a rotina da instituição e instruindo-os sobre o cuidado tanto com o meio onde estão inseridos com o RN;
- Diminuir a incidência de infecção cruzada;
- Orientar e estimular o aleitamento materno, solicitar apoio ao banco de leite caso necessário;
- Estabelecer vínculo afetivo e proporcionar relacionamento precoce;
- Esclarecer todas as dúvidas da puérpera e do seu acompanhante;
- Orientar quanto as rotinas do alojamento conjunto, (horários de refeição/visitas/primeiros cuidados de higiene com RN, previsão de alta);
- A avaliação do sangramento, involução uterina, estado geral, pressão arterial, frequência cardíaca deverá ser realizada pela enfermeira obstetra nas primeiras 6hs pós-parto, diminuindo assim o risco de hemorragia pós-parto;
- Certificar que as medicações estão sendo administrada no horário correto ou até mesmo quando a puérpera se questiona de dor, caso esteja SOS;
- Dar continuidade a verificação dos sinais vitais, loquiação, involução uterina com o máximo de intervalo de 6hs;
- Orientar sobre o primeiro banho do RN, onde deve ser realizado após 12hs de nascimento;
- Orientar sobre a higienização perineal com água após as eliminações fisiológica, principalmente se tiver episiorrafia e a observação do períneo e se caso aparecimento de hematomas ou edema chamar a enfermeira do setor para avaliar;
- Estimular a deambulação para ajudar nas eliminações de gases explicando também que ajuda na involução uterina;

- Realizar imunoglobulina, no caso da puérpera possuir Rh negativo e RN com Rh positivo;
- Orientar a equipe técnica em observar e registrar sinais de irritabilidade, náuseas, vômito e cefaleia;
- Orientar sobre o sono e repouso;
- Estimular a amamentação e orientar sobre a importância da ingestão hídrica, alimentação equilibrada e rica em fibras e ferro;
- Orientar a equipe técnica a monitorar e registrar os sinais vitais do RN;

6.0 LIBERAÇÃO/ALTA DA PUÉRPERA

A puérpera receberá alta dentro ou após 24hs pós-parto, isso de acordo com, o bem estar geral, condições fisiológicas, disposição psicológica e a eficácia da amamentação, além de:

- Realizar o exame físico completo;
- Verificar sinais vitais;
- Observar as mamadas;
- Verificar os resultados de exames laboratoriais – tipagem sanguínea e outros se houver;
- Realizar a contra referencia já com a consulta puerperal e puericultura marcada – orientando a puépera sobre a importância do acompanhamento;
- Certificar que os documentos foram entregues e se estão devidamente preenchidos (conforme POP institucional);
- Entregar a alta a puérpera juntamente com atestado de licença a maternidade, receita com os medicamentos que serão utilizados no pós-parto - orientar sobre o uso das medicações e em qual período começará a utilizar o contraceptivo oral;
- Orientar que a suplementação de sulfato-ferroso deverá ser tomada por 40 dias, uma vez por dia, 30 minutos antes do almoço com suco cítrico;

6.1 ORIENTAÇÕES GERAIS ANTES DA ALTA HOSPITALAR

AMAMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Aleitamento materno a livre demanda e exclusivo até os 6 meses; - O uso do sutiã para melhor conforto e sustentabilidade das mamas; - Explicar que a descida do leite materno ocorre entre o 1º e o 3º dia após o parto, a importância da massagem e a ordenha manual; - Orientar sobre a pega correta, sucção e posição do RN, e que, após as mamadas os mamilos devem ser lubrificados com o próprio leite, aguardar o mamilo secar para assim colocar o sutiã; - Orientar sobre a importância da ingestão hídrica; - Orientar sobre os sinais e sintomas de ingurgitamento mamário e fissuras, como proceder frente a esses agravante.
HIGIENE ÍNTIMA E CUIDADOS COM OS PONTOS (SE TIVER)	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a higiene íntima com água corrente após as eliminações; - A troca frequente do absorvente durante o dia;
ABSTINÊNCIA SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Ficar de 4 a 6 semanas após o parto, evitar esforços excessivos e relação sexual nesse período, informando-a sobre os riscos; - Procurar a USV antes de retornar as atividades sexuais; - Explicar sobre a importância do

	planejamento familiar;	
ALIMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre alimentação saudável, se possível rico em ferro, legumes e verdura; - Ingesta de líquido, pelo menos 2 litros de água por dia; - Evitar alimentos industrializados e com cafeína; - Evitar o uso de bebidas alcoólicas, cigarro, drogas e medicamentos sem prescrição medica. 	
CUIDADOS COM RN	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre a limpeza do coto umbilical, com álcool a 70%, após as trocas de fralda; - Orientar sobre o banho diário, troca de fralda, higiene com água morna e a presença de hiperemia; - Orientar sobre o banho de sol, 20 minutos por dia, antes das 10hs e depois das 16hs; - Orientar que é comum a criança acordar varias vezes durante a noite para amamentar e informá-la que é a fase de adaptação do RN; - Orientar sobre a importância da vacinação e da realização dos testes (pezinho, orelha, coraçãozinho e olhinho). 	
Elaborado por: Fernanda Jhenifer Simonelli Dambroz		
Revisado e aprovado por:		

<hr/> (Coordenador do Bloco Obstétrico)	<hr/> (Gerente de Enfermagem)	<hr/> (Superintendente da HMSJ)
<p>Referências:</p> <p>- HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE ESCOLA Dr MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA, Vila Nova Cachoeirinha. Manual de Rotinas de Enfermagem do Centro Obstétrico. São Paulo. 2012. Disponível em: file:///C:/Users/nanda/Downloads/MANUAL-CENTRO OBST%C3%89TRICO_FINAL%20(4).pdf. Acesso em 20/10/2017</p> <p>- SECRETARIA DE SAÚDE – Manual Técnico/Casas de Parto/Secretaria de Saúde, Coordenação Saúde da Mulher/ Estratégia Saúde da Família. 2ed. São Paulo: SMS, 2016. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/manualcasasdeparto15122016.pdf. Acesso em 25/10/2017.</p> <p>- 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. Brasília , 2017.</p>		

APÊNDICE B – Fluxograma de Atendimento a Gestantes para o Risco Habitual

