



GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO  
- SECRETARIA GERAL -

**RESOLUÇÃO – CIB Nº. 181/2015, de 04 de dezembro de 2015.**

*Dispõe sobre o Protocolo Multidisciplinar de Assistência ao Parto e Nascimento do Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR).*

**O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO**, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no Art. 2º da Portaria Nº. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Portaria SAS/MS Nº. 371, de 7 de maio de 2014, que Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a RESOLUÇÃO COFEN Nº. 477/2015, de 14 de abril de 2015, que Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. E, em seu Art 1º, alínea k, trata da Emissão de laudos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o procedimento parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da Tabela do SIH/SUS;

Considerando a Nota Técnica da Diretoria de Atenção Especializada/Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, de 15 de Julho de 2015 (publicada no DOE Nº. 4.452, de 04/09/2015), que Trata da Emissão de Laudo para Solicitação/Autorização de Internação Hospitalar e de Procedimentos Especiais e/ou Mudança de Procedimento de Internação Hospitalar por Enfermeiro Obstetra;

Considerando a necessidade de organização do processo de trabalho e padronização de condutas baseadas em evidências científicas para promoção de uma assistência segura no parto e nascimento;

Considerando a apresentação feita pela Equipe Técnica do Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 04 dias do mês de dezembro do ano de 2015.

**RESOLVE:**

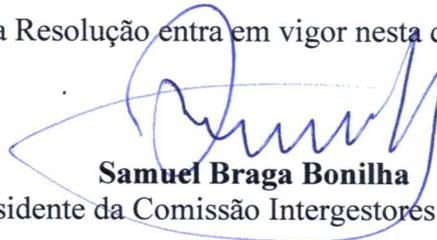
**Art. 1º** - Homologar o Protocolo Multidisciplinar de Assistência ao Parto e Nascimento do Hospital e Maternidade Dona Regina (HMDR), anexo.





GOVERNO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO  
- SECRETARIA GERAL -

**Art. 2º** - Esta Resolução entra em vigor nesta data.



**Samuel Braga Bonilha**  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



## PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

### “PPP”

III Revisão realizada em 14/05/2015.

### FILOSOFIA DE CUIDADOS

O Hospital e Maternidade Pública Dona Regina tem sido prioridade no Ministério da Saúde desde 2009, quando passou a integrar o Plano de Qualificação das Maternidades e Rede Perinatal da Amazônia Legal, hoje denominado Rede Cegonha, com objetivo de implantar as Boas Práticas na Condução de Partos e Nascimento, baseadas em evidências científicas. Segundo essas evidências e o envolvimento dos **consumidores** na questão da saúde, algumas práticas médicas e hospitalares vêm sendo questionadas, principalmente quanto à percepção do nascimento como um processo normal e fisiológico. Em consonância com estas mudanças e respondendo ao incentivo do Ministério da Saúde, o Hospital Dona Regina tem como referência o atendimento humanizado à família cujos pré-requisitos baseiam nos seguintes pilares:

- a) Valorização da experiência humana e profissional;
- b) Mulher e a família como centros do processo de atenção;
- c) Fortalecimento da mulher como cidadã, respeitando a sua dignidade;
- d) Resgate das características fisiológicas e naturais do nascimento de maneira a privilegiar sempre a segurança do parto;
- e) Práticas Baseadas em Evidências Científicas;
- f) Trabalho em equipe multidisciplinar;
- g) custo-eficácia (benefício).



## A EXPERIÊNCIA HUMANA

A gravidez e o nascimento são eventos únicos na vida da mulher e, deste modo, é responsabilidade de todos aqueles envolvidos na assistência proporcionarem-lhe uma atmosfera de carinho e humanismo que a apóie neste momento tão importante.

O local do nascimento não pode ser um ambiente hostil, com rotinas rígidas e imutáveis, onde a mulher não possa expressar livremente seus sentimentos e necessidades. O tratamento dado a ela deve ser individualizado e flexível. É necessário que a mesma se sinta segura e protegida por todos aqueles que a cercam. A presença de uma pessoa ao seu lado (marido ou familiar ou amiga ou doula, etc.) deve ser encorajada e deve-se evitar a separação mãe-filho por qualquer momento desde o nascimento até a alta. Tanto os fatores científicos e humanos devem ser considerados para assegurar uma experiência bem sucedida e gratificante para todos os envolvidos. Além do mais, para a mulher, a sensação de estar sendo compreendida e em controle de si mesma, pode resultar em uma experiência de alegria e crescimento interior, favorecendo um resultado positivo, permitindo que o nascimento seja a celebração da vida e do amor.

### A mulher e a família como centros da atenção

A adoção de rotinas rígidas e inflexíveis e a organização da assistência ao nascimento não devem ser voltadas para satisfazer unicamente os interesses do serviço e da equipe, mas também aos interesses da mulher e sua família. A mulher e a família devem receber apoio constante da equipe assistencial, e suas angústias e questionamentos devem ser esclarecidos com uma linguagem clara e acessível. Todos os procedimentos a serem realizados devem vir acompanhados de uma explicação sobre o motivo da sua adoção e a mulher deve sentir que os mesmos são realmente necessários e que poderão contribuir para um bom resultado tanto para ela quanto para o seu filho.

### Fortalecimento da mulher como cidadã

As práticas correntes na maioria das maternidades brasileiras têm contribuído para uma despersonalização da assistência à mulher, em muitos casos ocorrendo também agressões gritantes à sua dignidade, sejam de ordem verbal ou física. A redução da mulher a



apenas um número de leito ou chamamentos tais como “mãezinha”, “minha filha”, “dona Maria”, entre outros, são exemplos de tais práticas. A mulher deve sempre ser chamada pelo seu primeiro nome e tais expressões têm que ser evitadas. Atitudes agressivas, verbais ou físicas, são inadmissíveis por parte de qualquer membro da equipe. Manifestações de julgamento e censura em relação aos atos da mulher devem ser evitadas e a mesma deve ser encorajada a manifestar suas angústias e ansiedades, cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a dignifiquem como ser humano e cidadã, plena de direitos.

### **Resgate das características fisiológicas e naturais do nascimento**

A tendência do modelo atual de assistência de tratar a gravidez e o nascimento como uma doença, ao invés de uma expressão de saúde, tem sido criticada. Como resultado, deve-se dar uma maior ênfase no resgate das características fisiológicas e naturais do nascimento. A adoção de práticas desnecessárias deve ser evitada, já que existe um grande corpo de evidências científicas demonstrando que a permissão para que o nascimento ocorra de acordo com suas características normais, pode resultar em melhores resultados maternos e perinatais. A filosofia do “pior caso” deve ser evitada, pois apenas em raras ocasiões podem surgir complicações que justifiquem a adoção de determinadas práticas, a menos que haja desvios da normalidade, constatado através de controles materno-fetais periódicos, não se justifica qualquer tipo de intervenção neste processo.

### **Práticas baseadas em evidências científicas**

Embora o parto e o nascimento sejam eventos normais e fisiológicos, podem ocorrer complicações tanto para a mãe quanto para a criança, algumas vezes fatal. Em vista disso, a busca desenfreada da segurança e de um nascimento “perfeito”, levou à introdução de novas práticas e tecnologias sofisticadas na assistência ao parto com a esperança de se obter um controle destas complicações. Na realidade, os avanços da medicina têm conseguido melhorias significativas nos indicadores de saúde materna e perinatal, principalmente nos países desenvolvidos. Entretanto, estes mesmos avanços podem ter contribuído para um aumento nos casos de litígio médico-legal, visto que para a população passou-se a idéia de que todos os eventos desfavoráveis poderiam ser evitados. Novas evidências científicas, por



outro lado, têm demonstrado que tais técnicas têm sua limitação e muitas são aplicadas sem a devida validação por estudos científicos bem desenhados. O uso extensivo e rotineiro de tais tecnologias pode levar a um aumento nas taxas de intervenção sem as necessárias vantagens nos resultados. O Hospital deve adotar aquelas práticas validadas pela melhor evidência científica disponível, aliando a arte da atenção obstétrica com a ciência, visando um nascimento seguro para a mãe e a criança, com o mínimo de intervenções necessárias.

## TRABALHO EM EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O trabalho integrado em equipe multidisciplinar, pedra angular da utilização racional dos recursos humanos disponíveis, também deve se tornar uma prática constante na assistência. Desta forma, podem-se utilizar, plenamente, as potencialidades de cada membro da equipe, de acordo com suas habilidades técnicas e legais em benefício da clientela.

### Custo-eficácia

Num ambiente de poucos recursos para a aplicação na assistência à saúde como o Brasil, principalmente no âmbito do SUS, é necessário que a assistência ao parto e nascimento seja fundamentada em bases que garantam os melhores resultados possível com o menor custo. A assistência deve-se organizar segundo o enfoque de risco, propiciando o uso racional dos recursos disponíveis, alocando mais para quem mais necessita. O uso de tecnologias, simples, baratas e baseadas em evidências científicas, pode significar em uma melhoria substancial nos indicadores de saúde materna e perinatal.

### Orientações gerais

- O trânsito de pessoas no PPP, que não estejam atuando no plantão no momento, deve ser evitado, devendo permanecer, apenas, os seguintes profissionais: Médico obstetra, residentes, pediatra, enfermeiro, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e



estagiários com respectivos supervisores: 01(um) de enfermagem, 01(um) técnico em enfermagem e 02 (dois) internos de medicina.

- Durante o período expulsivo, propriamente dito, a equipe deverá se atentar para necessidade de privacidade da parturiente e seu acompanhante mantendo o menor número de profissionais possível dentro do PPP;
- Enquanto estiver acontecendo o parto, período expulsivo, ficará proibido entrada de outras pessoas no PPP, salva a permissão da equipe e ciência da gestante e do acompanhante;
- Caso a equipe assistencial observe risco à vida do binômio mãe – filho a mesma deverá expor a mudança assistencial à parturiente e acompanhante no momento da tomada de decisão ou em caso de emergência, em momento oportuno;
- Todos devem contribuir mantendo o ambiente na luminosidade adequada ao momento;
- Todos devem ajudar a controlar o ruído excessivo, favorecendo uma melhor ação da ocitocina, naturalmente produzida pelo corpo da mulher em trabalho de parto.
- Todos os procedimentos deverão ser relatados pelos profissionais envolvidos sobre suas condutas durante o parto no prontuário da usuária, assinar e carimbar.

#### 1. INTERNAÇÃO:

- Considerando a **Resolução COFEN 477 de 17 de abril de 2015** que, dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, no seu Art 1º, alínea k, discorre sobre a emissão de laudos de autorização de Internação Hospitalar para o procedimento de parto normal sem distócia realizado pelo Enfermeiro obstetra, da tabela SIH/SUS, este profissional poderá ser responsável, desde a internação até a alta.
- Após a gestante ter passado pelo Acolhimento e realizada a Classificação de Risco pelo enfermeiro, a mesma será encaminhada para o consultório de Enfermagem obstétrica para avaliação do risco obstétrico. Após a avaliação da enfermeira obstetra a paciente poderá ser liberada ou encaminhada para avaliação médica, se assim considerar necessário.



• **CRITÉRIOS PARA ASSISTÊNCIA DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA:**

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

- Gestação única;
- Apresentação cefálica fletida;
- BCF dentro da normalidade (entre 110 bmp e 160 bmp, sem desacelerações após a contração) (NICE, 2007; Cunningham et al., 2010);
- Gestante com ou sem pré-natal, com os exames dentro da normalidade;

1.2 Gestantes com intercorrências clínicas ou obstétricas, atuais ou pregressas, com o cuidado em parceria com a equipe médica obstétrica como:

- Oligodramnia leve ILA  $\geq 5$ , sem alterações de vitalidade fetal.
- Gestante com mais de 24 horas de Amniorrexe, em uso de antibioticoterapia (ATB), com evolução do trabalho de parto e parâmetros clínicos estáveis;
- Gestante com Infecção do Trato Urinário baixo (ITU) em tratamento com ATB, após 24 horas, exceto histórias de ITU de repetição (03 episódios ou mais, na gestação atual);
- Líquido amniótico meconial fluido em fase final do trabalho de parto, sem alteração da vitalidade fetal;
- Gestante em trabalho de parto com cesariana anterior há 2 anos ou mais;
- Sífilis tratada na gestação.

1.3 Gestantes classificadas de **ALTO RISCO** obstétrico:

A assistência à gestante de alto risco pela enfermagem obstétrica tem como objetivo acolher e apoiar a mulher no **trabalho de parto, em parceria com a equipe médica**, oferecendo uma assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, com enfoque na vigilância, controle e redução dos agravos à saúde materna e fetal. **O PARTO CLASSIFICADO ALTO RISCO SERÁ ASSISTIDO PELA EQUIPE MÉDICA.**

É considerado **ALTO RISCO** obstétrico: DHEG, HAC, cardiopatias, nefropatias, diabetes, prematuridade, gemelaridade, apresentações anômalas, placenta prévia, anemia



grave, endocrinopatias, isoimunização, sofrimento fetal e malformação confirmada, doenças infecciosas na gestação (Sífilis não tratada, rubéola, toxoplasmose, hepatites, HIV/AIDS, corioamnionite).

## 2. ADMISSÃO NO PPP:

### A. Critérios:

- Cumprimento das rotinas administrativas de internação;
- Gestantes em **TRABALHO DE PARTO ATIVO\***;

\*Dilatação cervical mínima de 4 cm, associada a um apagamento do colo uterino de pelo menos 50% e contrações rítmicas de crescente intensidade numa frequência de no mínimo 2 a cada 10 minutos.

Obs: Parturientes com óbito fetal deverão ser admitidas nesse setor em fase ativa do trabalho de Parto.

### Não serão admitidos no PPP

- Gestantes com cesárea indicada;
- Gestantes em abortamento;
- Urgências e emergências obstétricas clínicas;

Estes casos deverão ser assistidos em local específico para este fim.



### 3. Atribuições da equipe multiprofissional

#### É DEVER DE TODOS:

- Assegurar o direito da mulher de entrar e permanecer em tempo integral com o seu acompanhante de livre escolha em todas as estações de cuidado, bem como conhecer os fluxos e orientá-los corretamente;
- Apresentar-se à gestante e ao acompanhante portando obrigatoriamente o crachá com identificação legível e visível;
- Escutar/acatar a gestante sobre seu *Plano de Parto* e caso a mesma não tenha, o profissional deverá incentivá-la a elaborá-lo;
- Orientar sobre as boas práticas na assistência ao parto e nascimento seguros e humanizados e sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor: posturas, massagem, banho, exercícios, relaxamento, respirações apropriadas, entre outros;
- Todas as condutas realizadas deverão ser anotadas e carimbadas.

#### Médico obstetra/Residente de GO:

- Acolher e orientar paciente e acompanhante sobre o provável tipo de parto a ser realizado e sobre a possibilidade de mudança do mesmo;
- Realizar avaliação clínica inicial, prescrição médica, abertura e preenchimento do partograma e solicitação de exames.

#### Médico Pediatra/ Neonatologista / Residente de Pediatria:

- Checar todo material utilizado em Reanimação Neonatal;
- Anotar em modelo impresso a história materna e gestacional, exames realizados, Intercorrências clínicas e obstétricas.



### **Equipe de Enfermagem:**

#### **Enfermeiro Obstetra/ Enfermeiro:**

- Acolher e admitir a gestante/acompanhante orientando sobre as normas/rotinas da unidade;
- Realizar consulta de enfermagem, evolução, prescrição de enfermagem e abertura e preenchimento do partograma de todas parturientes de risco habitual;
- Realizar a dinâmica uterina e registrar no prontuário;
- Realizar exame físico e diagnóstico de enfermagem;
- Realizar o teste rápido de HIV e Sífilis (conforme preconizado pelo MS/SESAU);
- Registrar orientações e procedimentos realizados, assinando e carimbando no prontuário da paciente;
- Acompanhar e assistir o parto de risco habitual.

#### **Técnico em enfermagem:**

- Acolher a gestante e acompanhante, orientando sobre as normas/rotinas da unidade;
- Aferir os sinais vitais e Batimentos Cardíacos Fetais, comunicando os valores e quaisquer alterações ao Enfermeiro e registrar no prontuário;
- Preparar, orientar e apoiar a gestante durante o trabalho de parto;
- Administrar medicação conforme prescrição médica;
- Orientar a gestante sobre a necessidade de higiene e asseio cuidadoso abdominoperineal com água e sabão;
- Orientar a gestante sobre o uso de vestimenta folgada e limpa, sendo que a mesma poderá utilizar seu próprio vestuário, desde que este seja limpo e adequado para o momento do parto.

#### **Fisioterapeuta:**

- Acolher a gestante e acompanhante, orientando sobre as normas/rotinas da unidade;
- Orientar a gestante e o acompanhante sobre as vantagens das posições verticais durante o período de evolução da dilatação e período de expulsão, oferecendo apoio e acompanhamento;



- Aplicar métodos não farmacológicos de alívio da dor: posturas, massagem, banho, exercícios, acupressão, relaxamento, respirações apropriadas, dentre outros.

#### **Psicólogo:**

- Fazer visitas no PPP para conhecer todas as parturientes e seu acompanhante;
- Atender as solicitações de qualquer membro da equipe para atendimento psicológico da gestante verificando demandas que identificam fragilidade emocional, caso necessário, discutir o caso com a equipe.

#### **Assistente Social**

- Preencher a ficha social de todas as gestantes admitidas no PPP e atender a todas as solicitações da equipe, quando necessário;
- Registrar no prontuário da paciente o atendimento realizado.

#### **Escriturária**

- Checar o “Kit internação”, composto de:
  - ✓ Cópia do cartão de gestante e Plano de parto, se ela tiver;
  - ✓ GPA;
  - ✓ Internação;
  - ✓ AIH e Ficha do SIS Perinatal;
  - ✓ Folha de prescrição médica;
  - ✓ Ficha para descrição do trabalho de parto, parto e puerpério;
  - ✓ Folha de evolução multidisciplinar;
  - ✓ Ficha social;
  - ✓ Termo de consentimento livre e esclarecido assinado;
  - ✓ Ficha da história materna;
  - ✓ Exames realizados antes da internação;
  - ✓ Partograma.



- Averiguar se foi feita solicitação dos exames de rotina (VDRL e tipagem sanguínea), caso negativo avisar a equipe médica para a solicitação dos mesmos;
- Protocolar, encaminhar solicitação de exames e acionar o laboratório para coleta;
- Resgatar resultados de exames;
- Atualizar o censo diariamente;
- Cumprir suas atribuições conforme este protocolo e regimento do hospital.



### 3. EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

#### A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO E NASCIMENTO PRECONIZA:

- Não interferir em aspectos fisiológicos e psicológicos, evitando manobras e intervenções desnecessárias, ex: amniotomia precoce, redução do colo uterino pelo obstetra e uso de ocitocina sem indicação comprovada pela evolução do partograma;
- Promover a participação ativa da parturiente e acompanhante;
- Avaliação do bem estar psico-afetivo da parturiente
- Fornecer apoio psico-físico à mulher;
- Promover contato precoce mãe-filho;
- Incentivar aleitamento materno;
- Permitir a livre ingestão de líquidos durante o trabalho de parto;
- Incentivar a deambulação durante o trabalho de parto e a posição vertical, inclusive no período expulsivo;
- Orientar sobre as vantagens das posições verticais durante o período de evolução da dilatação e o período de expulsão, oferecendo ajuda a parturiente e orientando o acompanhante sobre o seu papel;
- Resguardar a gestante a opção pela posição de parto que melhor lhe convier, cabendo a equipe o dever de orientar sobre as possibilidades;
- Não há necessidade de realizar enema de rotina. Se no exame genital for constatada a presença de fezes na ampola retal, deve-se solicitar a gestante a eliminação voluntária;
- Clampeamento oportuno do cordão (1 a 3 minutos);
- Estando o RN, ativo e reativo ao nascer, deverá ser colocado em contato pele-a-pele IMEDIATO e ininterrupto entre mãe e bebê durante pelo menos 1 hora, ou até que a mãe solicite a retirada do bebê. Demais procedimentos devem ser postergados.
- Ter disponibilidade para informar e esclarecer a família sobre a evolução do trabalho de parto;





### Médico Obstetra/Residente de GO:

- Realizar a avaliação periódica (com intervalo **mínimo** de 2h) da dilatação cervical, apagamento do colo e descida da apresentação, de todas parturientes de alto risco registrando devidamente no partograma.

### Equipe de Enfermagem

#### Enfermeiro Obstetra/Enfermeiro:

- Realizar a dinâmica uterina avaliando as contrações a cada 120 minutos em intervalos de 10 minutos;
- Avaliar a frequência cardíaca fetal a cada 30 minutos nas situações de risco habitual e a cada 15 minutos nas situações de alto risco;
- Preenchimento do partograma;
- Realizar sondagem vesical de alívio quando necessário ou indicado.
- Realizar durante a fase que precede o coroamento do feto e o coroamento propriamente dito, massagem suave na região peri-vaginal com **óleo vegetal**, favorecendo a sua elasticidade, no intuito de evitar lacerações importantes, **(não pode ser vaselina líquida)**;
- **Prescrever medicações de acordo com anexo I desse protocolo na assistência ao parto e pós-parto;**
- Realizar amnioscopia;
- Realizar amniotomia quando necessário;
- Realizar exames complementares (Cardiotocografia) na assistência ao parto;

→ **Deverá ser assistida segundo normas de alto risco, a parturiente que apresentar uma ou mais das seguintes particularidades:**

- Hipertensão maternal;
- Hemorragia;
- Gestação abaixo de 37 semanas ou acima de 42 semanas;
- Gestantes abaixo de 15 anos de idade e acima de 35 anos;



- Diabetes;
- Gestação múltipla;
- Prematuridade;
- Oligohidrânio;
- Crescimento Intrauterino Restrito;
- Cardiopatias;
- Lúpus;
- Anormalidades da Frequência Cardíaca Fetal;
- Mecônio moderado a espesso;
- Apresentações anômalas;
- Cardiopatia congênita fetal;
- Pelve estreita ou assimétrica;
- Desproporção feto-pélvica suspeita ou evidente;
- RPM > 18 horas ou com sinais de infecção;
- Obstáculos do canal de parto (tumor prévio, grandes cistos, estenoses vaginais).

#### **Técnico em enfermagem:**

- Realizar procedimentos e medicações prescritas em prontuário e previstas nos protocolos de assistência ao parto;
- Verificar os sinais vitais a cada 4 horas, registrando devidamente em prontuário;
- Realizar anotação de enfermagem em prontuário sempre que necessário;

#### **Fisioterapeuta:**

- Orientar e aplicar as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, conforme avaliação da paciente e a evolução da dilatação e descida do bebê: posturas, massagem, banho, exercícios, acupressão, relaxamento, respirações apropriadas, entre outras;
- Em sintonia com a atuação do médico ou enfermeira obstetra que informará quanto à forma de apresentação do feto, posição da cabeça e condições do colo, a fisioterapeuta poderá



- propor à parturiente, posturas e manobras que favoreçam essa evolução, atuando de forma mais precisa, tornando o processo mais rápido, seguro e menos doloroso possível;
- Realizar durante a fase que precede o coroamento do feto e o coroamento propriamente dito, massagem suave na região Peri - vaginal com óleo vegetal, favorecendo a sua elasticidade, no intuito de evitar lacerações importantes;
  - Quando houver a presença de Doula voluntária, devidamente cadastrada, habilitada e identificada para atuar na maternidade, caberá à fisioterapeuta dar suporte a atuação da mesma.

#### **Médico Pediatra / Neonatologista / Residente de Pediatria**

- Acompanhar a evolução do trabalho de parto, registrando na ficha de história da mãe as Intercorrências ou eventos que julgar necessário;
- Atuar em conformidade com este protocolo, atendendo às solicitações da equipe.

#### **Psicólogo:**

- Atender as solicitações de qualquer membro da equipe para atendimento psicológico da gestante verificando demandas que identificam fragilidade emocional, caso necessário, discutir o caso com a equipe.
- Promover a integração/mediação da relação da paciente com a equipe multiprofissional, em caso de necessidade.

#### **OBSERVAÇÃO:**

Se os métodos não farmacológicos não forem suficientes para permitir que a parturiente suporte a dor desta fase e o trabalho de parto estiver ocorrendo dentro da normalidade, poderá ser oferecida a ela analgesia, conforme protocolo próprio e comum acordo da equipe que está assistindo o parto.

No caso de analgesia, deverá ser verificado BCF, FC e PA materna a cada 5 minutos, durante os primeiros 30 minutos e após esse tempo, continuar a verificação do BCF a cada 15 minutos.



### 3.1 CONTROLE DE OCITOCINA

Quando o colo uterino estiver favorável para indução (escore de Bishop  $\geq 6$ ), a ocitocina com amniotomia poderá ser associados na escolha de indução do parto.

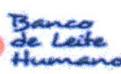
O objetivo da administração de ocitocina é produzir atividade uterina que seja suficiente para produzir alterações cervicais e ao mesmo tempo evitar hiper estimulação uterina e comprometimento fetal.

- A ocitocina só deve ser utilizada quando o colo apresentar condições favoráveis, ou seja, escore de Bishop  $\geq 6$ ;
- A administração de ocitocina deverá ser realizada em bomba de infusão;
- Antes de qualquer aumento na dose as contrações uterinas devem ser avaliadas por palpação ou monitoração eletrônica externa. A menor dose efetiva possível deve ser usada para prevenir a hiper estimulação uterina;
- As contrações uterinas devem ser avaliadas de preferência a cada 30 minutos e o BCF a cada 15 a 30 minutos;
- A ocitocina pode ser utilizada em pacientes com cesariana prévia seguindo os cuidados já preconizados acima;

#### Risco da ocitocina

Na atividade uterina excessiva: mais de 5 contrações em 10 minutos ou contrações durando mais de 120 segundos, deverá:

- Diminuir a velocidade da infusão de ocitocina e reavaliar a situação. Reiniciar a infusão a uma dose e velocidade menor caso as condições melhorem
- Deverá se avaliar a necessidade da manutenção ou não da ocitocina após a efetivação do trabalho de parto;
- Em casos de Síndrome de hiper estimulação uterina: atividade uterina excessiva com desaceleração e ou anormalidades do BCF:



- Suspenda a infusão de ocitocina;
- Posicione a paciente em decúbito lateral esquerdo;
- Ofereça O2 por máscara a 3 l/min;
- Comunique imediatamente o médico obstetra;
- Avalie pressão arterial;
- Faça um exame pélvico para avaliar dilatação cervical e possível prolapso de cordão;
- Prepare para uma possível cesariana se as condições fetais não retornarem ao normal;
- Se o BCF melhorar a ocitocina pode ser reiniciada na metade da última dose;

#### **INFUSÃO DE OCITOCINA:**

- Apresentação: ampola de 5UI.
- Técnica recomendada pela Conferência Americana de Ginecologia e Obstetria – CAOG;
- Iniciar com doses de 1 a 2 mUI/min, EV, aumentando 1 a 2 mUI/min a cada 30 min até desencadeamento do trabalho de parto.

**As doses e aumento da ocitocina devem ser de acordo com a tabela a seguir:**



**Infusão de ocitocina**

Tempo após o início (min)	Dose de ocitocina (mU/min)	Volume infundido ml/hora
		Diluição 5 UI em 500 ml
0	1	6
30	2	12
60	4	24
90	8	48
120	12	72
150	16	96
180	20	120
210	24	144
240	28	168
270	32	192

As doses realçadas são quantidades as quais o médico obstetra deve ser comunicado antes de se prosseguir com o incremento.

**4. PARTO NORMAL – PERÍODO EXPULSIVO:**

**Médico obstetra/Residente de GO e REO/Enfermeiro obstetra:**

1. Respeitar a fisiologia do parto natural, ou seja, interferir o mínimo possível; apenas observando a vitalidade do bebê, através da ausculta do BCF a cada 5 minutos e o bem estar materno, evitando puxos dirigidos;

**2. Atentar para os sinais e condutas durante o período expulsivo:**

SINAIS	CONDUTAS
3. Bradicardia leve Desacelerações variáveis Desacelerações precoces	4. Controlar FCF com mais freqüência, Monitoração eletrônica contínua, se disponível, comunicar ao médico obstetra responsável.



<p>5. Bradicardia persistente Desacelerações tardias</p>	<p>6. Tratamento do sofrimento fetal agudo “in útero” (reanimação intraútero: colocar 3 litros de O<sub>2</sub> na parturiente colocá-la em decúbito lateral esquerdo e monitorar o BCF a cada 5 minutos). Assistência segundo normas de alto risco. Comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.</p>
<p>7. Parto prolongado segundo partograma</p>	<p>8. Reavaliar antecedentes de patologia cervical, proporção feto-pélvica e contratilidade; corrigir hipodinamia; 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 deve assumir a condução do caso.</p>
<p>9. Líquido amniótico meconial</p>	<p>10. Estando o líquido amniótico fluido, bebê corando e BCF normal, o Enfermeiro Obstetra continuará na assistência com controles mais freqüentes do BCF.</p> <p>11. Estando o líquido amniótico de moderado à espesso será feita assistência segundo normas de alto risco com comunicação imediata ao médico obstetra responsável, que deve assumir a condução do caso.</p>

12. Quando ocorrer o coroamento do feto, solicitar a equipe de enfermagem para preparar 10 unidades de ocitocina para aplicação intra-muscular na mãe, logo após o desprendimento do ombro do feto;



13. Receber o RN que está sendo expulso sem manobras desnecessárias, ou seja, apenas aparando-o;
14. Durante a saída do feto, realizar a contenção do períneo posterior, evitando laceração importante. Estando a parturiente em posição vertical, o médico/enfermeira obstetra, deverá solicitar auxílio do fisioterapeuta ou outro profissional habilitado para tal função.

**Episiotomia:**

15. Proceder a episiotomia quando houver indicação para tal. A episiotomia não deve ser realizada de rotina, devendo limitar-se àqueles casos onde há claras indicações para o seu uso tais como:
  - distócia de ombro, parto pélvico, fórceps, situações onde a não realização pode significar lacerações importantes do canal de parto (3<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> graus);
  - Deve ser realizada no momento da distensão perineal por um puxo, quando a cabeça fetal é visível com um diâmetro de 3 a 4 cm;
  - O enfermeiro obstetra é habilitado e pode realizar este procedimento tanto quanto a episiorrafia;
16. Após o nascimento colocar o **RN imediatamente em contato pele-a-pele** com a mãe por um período mínimo de **60 minutos ou até que a mãe solicite**. Clampear o cordão umbilical no tempo adequado de acordo com:
  - Precoce: clampeamento imediato nas situações como: circular ajustada, necessidade de intervenções imediatas no RN;
  - Oportuno: clampeamento em 2 minutos;
  - Tardio: no mínimo 3 minutos ou até que o cordão pare de pulsar.
17. Colocar a pulseira de identificação, imediata, na mãe e RN ainda encima da mãe;





18. A aferição das medidas antropométricas, administração da medicação e demais cuidados de rotina serão realizados 1 hora após o parto, salvo em situações de emergência.

**Observação:**

1. O médico/enfermeiro responsável pela assistência ao RN deverá estar presente no momento do nascimento para avaliação da vitalidade do bebê;

**Técnico em Enfermagem:**

- Realizar procedimentos e medicações prescritos em prontuário e previstos nos protocolos de assistência ao parto. Exemplo: administração de 10 unidades de ocitocina IM no vasto-lateral da coxa imediatamente após a saída do recém nascido.

**Fisioterapeuta:**

- Orientar a parturiente para que nessa fase de expulsão não faça manobras de valsava, que inspire profundamente pelo nariz e expire lentamente pela boca, não promovendo maior pressão interna o que favorece uma saída mais lenta do feto, diminuindo a ocorrência de laceração, se a parturiente quiser gritar, não deverá ser reprimida, pois, o grito nessa fase tem o mesmo efeito da expiração lenta;
- Orientar ao acompanhante qual deve ser seu papel e posicionamento diante da parturiente, na fase de expulsão do feto (onde se posicionar, como ajudar à gestante, como não interferir negativamente no ambiente);
- Durante a saída do feto, estando à parturiente em posição vertical, em comum acordo com o médico/enfermeiro obstetra, auxiliar na contenção do períneo posterior, evitando laceração importante.



## Psicólogo

- Realizar apoio emocional à parturiente e família quando necessário.

## 5. ASSISTÊNCIA DURANTE A DEQUITAÇÃO E PÓS-DEQUITAÇÃO

É dever de todos os profissionais na assistência materna e neonatal:

- Estimular e apoiar o aleitamento materno exclusivo e livre demanda na primeira hora pós parto;
- Dar apoio à mãe no que ela necessitar como, posicionamento, higiene, alimentação, entre outros;

### Médico/Residente de GO/Enfermeiro Obstetra

- Manejo Ativo: Aguardar a dequitação espontânea da placenta, por no máximo 30 minutos. Se necessário realizar uma contra-tração pressionando logo acima do púbis com o punho cerrado tracionando levemente o cordão umbilical evitando a inversão uterina, verificando se a mesma saiu por completo, ou seja, fazer a revisão da placenta.
- Após esta manobra, caso a enfermeira obstetra observe que não houve o desprendimento total após este período, deverá solicitar intervenção médica imediata.

### Pós-dequitação:

As hemorragias pós-parto aparecem, na maioria das vezes, nas primeiras duas horas após o parto, período em que os controles maternos devem ser mais freqüentes.



**As principais causas de hemorragia são:**

- Atonia uterina;
- Retenção de restos placentários;
- Lacerações cervicais e vaginais;

Neste período verificar, a cada 30 minutos:

- Frequência Cardíaca, Pressão arterial, Globo de segurança de Pinard, Sangramento genital;

**Rotina:** Não ocorrendo alterações, deverá ser oferecido à puérpera uma dieta reforçada pós parto e posteriormente ser levada para o alojamento conjunto, onde deverá ser continuada a observação das primeiras duas horas após o parto.

**Hemorragia: (alterar de acordo com o Protocolo de Hemorragia)**

Massagear o útero quantas vezes forem necessário para estimulá-lo, até a formação do globo de segurança de Pinard. Se a hemorragia continuar e as perdas forem estimadas em mais de 500 mL, avaliar a causa:

Atonia: massagear o fundo uterino, administrar 20 U.I. de ocitocina dissolvidas em 500 mL de solução fisiológica a 80 gotas/min.

Se o útero estiver retraído e continua o sangramento, revisar o canal de parto. Se houver lacerações, suturá-las.

Se não houver, proceder à realização de uma curetagem uterina.

Se fracassarem as manobras, proceder à realização de coleta de sangue para prova cruzada e providenciar transfusão de sangue completa. Até a chegada do sangue, manter os dados vitais estáveis com o uso de soluções coloidais ou salinas.



Avaliar a necessidade de medidas mais drásticas para controle da hemorragia (histerectomia, ligadura de artéria hipogástrica, etc.). Diante da presença de hemorragia puerperal, o médico obstetra deve estar ciente e assumir o manejo da mesma.

## 6. REVISÃO DO CANAL DE PARTO

### Médico/Residente de GO/Enfermeiro Obstetra

- Após a dequitação, proceder a uma revisão do canal de parto procurando lacerações do trajeto (vagina, colo) e do períneo. A revisão da cavidade uterina pode ser necessária, caso se suspeite de retenção placentária parcial (casos de placentas com maior grau de aderência).

#### Laceração:

19. Deverá ser classificada segundo o grau de trauma e região do tecido: **grau I** (mucosa), **grau II** (fascia e plano muscular), **grau III** (esfíncter retal), **grau IV** (mucosa retal).

20. Habilitação para refiação da laceração de acordo com a categoria profissional:

- **Grau I:** Médico Obstetra, Enfermeiro Obstetra e Residentes GO/REO;
- **Grau II:** Médico Obstetra, Enfermeiro Obstetra e Residentes GO/REO;
- **Grau III:** Somente Médico Obstetra e Residente de GO sob supervisão;
- **Grau IV:** Somente Médico Obstetra com auxílio do Proctologista.

## 6. NASCIMENTO

### Médico pediatra/neonatologista /Residente de Pediatria:

- Avaliar pela inspeção a vitalidade do RN e decidir pelo início dos cuidados de rotina (primeiros 5 minutos após o parto) ou os primeiros passos da RNN de acordo com fluxograma da RNN.
- Em RN a termo e saudável posicioná-lo no nível da placenta por pelo menos 3 minutos antes de clampar o cordão umbilical, preferencialmente até parar de pulsar, permitir o



contato pele a pele com a mãe e cobrir com campos pré-aquecidos na primeira hora de vida, estimulando o início da amamentação.

- Anotar em modelo impresso e na caderneta do RN o tipo de parto, sua indicação, dados antropométricos, manobras de reanimação, boletim de apgar, idade gestacional, exame físico e neurológico, hipótese diagnóstica e conduta.
- Seguir o fluxograma da Reanimação Neonatal de acordo com a última atualização disponível no [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br).

#### **Enfermeiro:**

- Estar atento aos sinais de alerta do bebê bem como verificar sangramento materno.
- Prestar assistência materno-neonatal.

#### **Técnico em Enfermagem:**

- Dar suporte e assistência ao enfermeiro e ao médico;
- Realizar os procedimentos de rotina no RN após o tempo mínimo de contato pele a pele.

#### **Fisioterapeuta**

- Ajudar à parturiente no cuidar do RN, estimulando o contato pele-a-pele e o aleitamento precoce.

### **8. TRANSFERÊNCIA DO BINÔMIO PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO**

- A equipe de enfermagem deverá realizar a transferência em um período mínimo de 1h após o parto. RN de mais de 12h em sala de parto o mesmo deverá ser avaliado pelo pediatra do ALCON e o prontuário deverá ser prescrito nesse setor caso não tenha sido avaliado pelo plantonista pediatra do PÔP



**MEDICAÇÕES QUE PODEM SER PRESCRITAS E ADMINISTRADAS PELO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO.**

Medicação	Forma de Administração	Indicação
Ocitocina	<p>- 05 UI em 500 ml de SF 0,9% EV em BIC, a primeira prescrição deverá ser discutida e prescrita pelo médico e o controle do gotejamento pelo Enfermeiro Obstetra conforme protocolo de dosagem de Ocitocina;</p> <p>- 10 UI IM após o desprendimento do ombro do RN;</p> <p>- 20 UI em 500 ml de SF 0,9% EV.</p>	<p>- Coordenar as contrações durante o período expulsivo, quando necessário;</p> <p>- Como profilaxia de hemorragia pós-parto;</p> <p>- Nos casos de hemorragia pós-parto, até a chegada do médico plantonista;</p>
Misoprostol	- 25 mcg via vaginal de 6/6 horas (conforme protocolo de Indução) prescrito pelo médico e colocado pelo Médico/Enfermeiro Obstetrical após avaliação do Escore de Bishop;	- Para indução do trabalho do parto para escore de Bishop $\leq 6$ ;
Dipirona	<p>01 comprimido ou 40 gotas VO de 6/6 horas SOS;</p> <p>01 ampola EV ou IM</p>	<p>- Em casos de dor no puerpério;</p> <p>- Em caso de febre no puerpério.</p>
Paracetamol	- 01 comprimido ou 40 gotas VO de 6/6 horas SOS;	- Em casos de dor no período puerperal;
Sulfato Ferroso	- 01 comprimido com 40 mg de ferro elementar;	- Prevenção e tratamento de anemia ferropriva no período puerperal;



Hioscina	- 01 comprimido 10 mg VO de 6/6 h;	- Em casos de cólicas;
Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor	- Ampola, spray, gel	- Anestesia local em caso de episiotomia ou rafia de lacerações do períneo
Imunoglobulina anti RH (Matergan)	- Ampola 330mcg/IM	- Utilizada em casos em que o fator RH materno é negativo e o do RN positivo ou COOMBS direto positivo

**Solicitação de exames de rotina pela enfermeira Obstetra:**

- Hemograma;
- EAS;
- Tipagem sanguínea;
- Fator RH.



## 9. REFERÊNCIAS

- ❖ MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia. 11.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.263- 272;
- ❖ NEME, Bussamara. Obstetrícia Básica, 2ª Ed. Savier. São Paulo, 2000
- ❖ Protocolo de Assistência ao Parto e Nascimento, Sofia Feldman, 2009;
- ❖ ZUGAIB, Marcelo. Obstetrícia, 2ª Ed., Barueri, SP: Manole, 2012;
- ❖ Portaria nº 371 do MS de 07/05/14

Este Protocolo de Assistência foi elaborado coletivamente por profissionais atuantes na assistência ao parto e nascimento e entrará em vigor a partir da data de sua assinatura. Caso seja necessária a realização de condutas não previstas, as mesmas deverão ser justificadas em prontuário, assinadas e carimbadas pelo profissional responsável.

Palmas, 14 de Maio de 2015.



**Colaboradores:**

**Giovani Merenda**

*Diretor Geral do HMDR*

**Laura Barbosa**

*Diretora Técnica HMDR*

**Nelma do Socorro Chaves dos santos**

*Diretora de Enfermagem do HMDR*

**Luiza Cândida Oliveira Cuba**

*Coordenadora de Enfermagem PPP/ACR*

**Grupo de Trabalho colaborador da Primeira edição:**

**José Manoel Batista Santos** – Médico;

**Hélio H. M. Maués** – Médico;

**Suely Costa de Sousa** – Enfermeira;

**Valéria Feitosa de Sousa** – Enfermeira;

**Fabiana Nara da Silva** – Enfermeira;

**Pedro Henrique Mourão** – Psicólogo;

**Sarah Inácio Alves de Menezes** – Psicóloga;

**Paula Lima Afonso Viana** – Psicóloga;

**Raica Uchoa** – Assistente Social;

**Sônia G. Matos** - Assistente Social;

**Wilma de Paulo Manduca** – Fisioterapeuta;

**Lívia Tormim F. Borges** – Fisioterapeuta;

**Carolina Barrionuevo** - Fisioterapeuta



**Grupo de trabalho colaborador da Segunda edição:**

**Allison Barros Santana** – Enfermeiro;

**Mayane Vilela Pedroso** – Enfermeiro

**Paulo Lázaro** – Médico

**Laura Barbosa** – Médica

**Ana Virginia Gama** – Médica

**José Manoel Batista dos Santos** – Médico

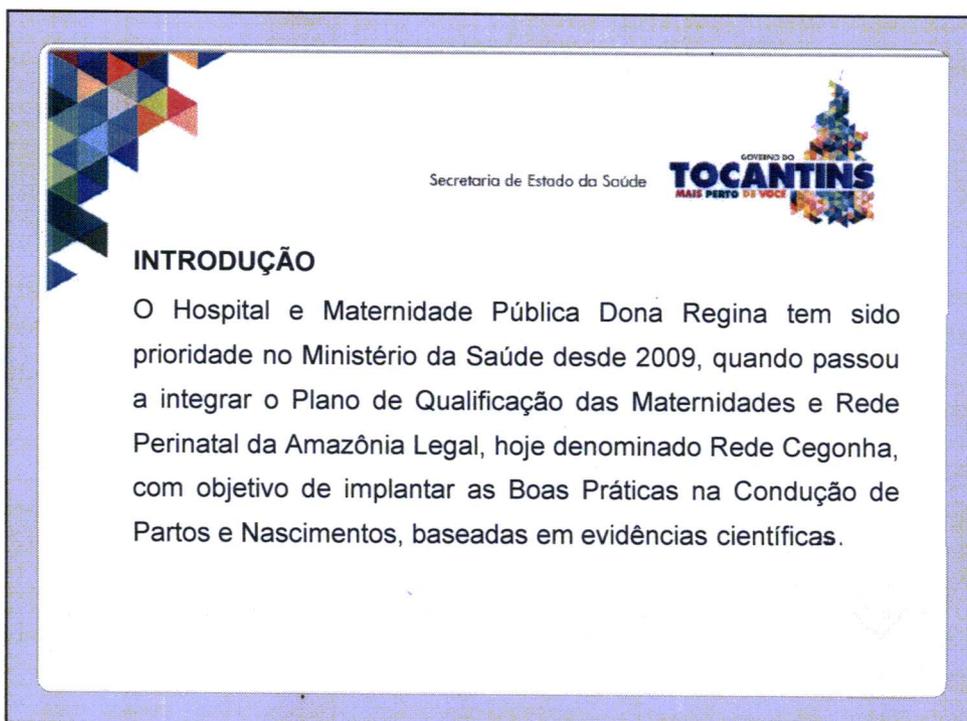
**Wilma de Paulo Manduca** – Fisioterapeuta

**Carolina Barrionuevo** – Fisioterapeuta

**Nelma do Socorro Chaves** – Enfermeira

**Luiza Cândida Oliveira de Cuba** – Enfermeira







Secretaria de Estado da Saúde



**OBJETIVO GERAL:**

Sistematizar a assistência prestada a mulher e ao recém nascido, proporcionando-os um parto e nascimento seguros;

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Socializar as recomendações baseadas em evidências científicas com toda equipe multiprofissional;
- ✓ Organizar o processo de trabalho para fortalecer a interdisciplinaridade da assistência.



Secretaria de Estado da Saúde



**JUSTIFICATIVA**

Necessidade de organização do processo de trabalho e padronização de condutas baseadas em evidências científicas para promoção de uma assistência segura no parto e nascimento.



Secretaria de Estado da Saúde



**CAMINHO METODOLÓGICO**

- ✓ Criação do Grupo de Trabalho em 2012 (1ª edição);
- ✓ Implantação de 2012 a 2014;
- ✓ Revisão coletiva em Maio de 2015 (2ª edição) por profissionais atuantes na assistência ao parto, pela equipe de Matricial de humanização, Direção e Coordenação de Enfermagem, Direção Técnica, Direção Clínica e Direção Geral do HMDR.

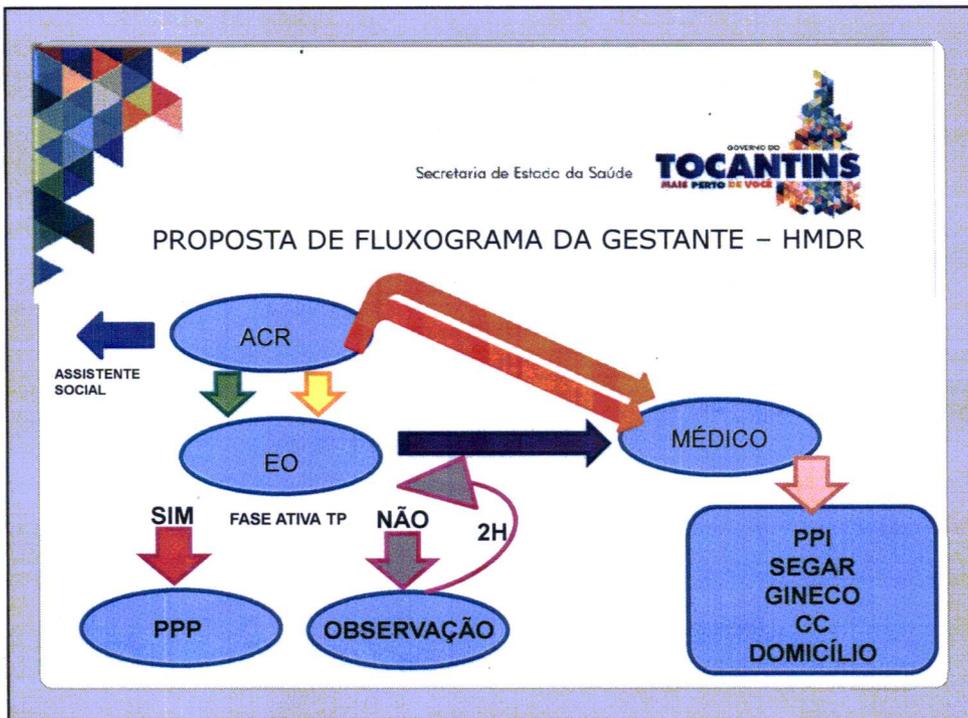


Secretaria de Estado da Saúde



**PRINCIPAIS ASSUNTOS DISCUTIDOS.**

- ✓ **Atuação da Enfermagem Obstétrica** na assistência integral ao parto e nascimento desde a internação da gestante/parturiente até sua alta conforme resolução **COFEN nº 477 de 17 de Abril de 2015**;
- ✓ **Emissão de laudo para solicitação/ autorização de internação hospitalar** e de procedimentos especiais e/ou mudança de procedimento de internação hospitalar por enfermeiro obstetra conforme **NOTA TÉCNICA** do D.O nº 4.452 de 04 de setembro de 2015.



**OBRIGADA**  
*Hospital e Maternidade Dona Regina Siqueira Campos*  
3218-7790  
3218-7706