



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

**RESOLUÇÃO – CIB/TO N.º. 304, de 05 de dezembro de 2018.**

*Dispõe sobre o Protocolo Multiprofissional de Assistência ao Parto e Nascimento do Hospital Regional de Gurupi – TO.*

**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 N.º. 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 Lei N.º. 7.498 de 25 de junho de 1986, que Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências;

Considerando a Resolução COFEN N.º. 159/1993, que Dispõe sobre a consulta de enfermagem (Revogada pela Resolução COFEN N.º. 544/2017);

Considerando a Resolução COFEN N.º. 195/1997, que Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro;

Considerando a Resolução COFEN N.º. 223/1999, que Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal (Revogada pela: RESOLUÇÃO COFEN N.º 0477/2015);

Considerando a Lei N.º. 11.108, de 7 de abril de 2005, que Altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei do acompanhante);

Considerando a Portaria SAS/MS N.º. 743 de 20 de dezembro de 2005, que Trata do Laudo para Emissão de AIH - AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR, visando padronização mínima de informações que possibilitem ampliar capacidade de regulação, avaliação e controle dos serviços ofertados pelo SUS;

Considerando a Resolução COFEN N.º. 339/2008, que Normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e dá outras providências (Revogada pela: RESOLUÇÃO COFEN N.º 0478/2015);

Considerando a Portaria GM/MS N.º. 1.459 de 24 de junho de 2011, que Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria SAS/MS N.º. 371, de 07 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 Lei N.º. 13.002, de 20 de junho de 2014, que Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês;



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

Considerando a Resolução COFEN N°. 477, 14 de abril de 2015, que Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. E, em seu artigo 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 (Revogada pela: RESOLUÇÃO COFEN N°. 516/2016 - ALTERADA PELA RESOLUÇÃO COFEN N° 524/2016);

Considerando a Resolução COFEN N°. 487/2015, que Veda aos profissionais de enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância e a execução de prescrição médica fora da validade;

Considerando a Portaria GM/MS N°. 2.068, de 21 de outubro de 2016, que Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto;

Considerando a Nota Técnica N°. 09/2016, da Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno;

Considerando a Resolução COFEN N°. 564/2017, que Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), e Substitui a Resolução COFEN N°. 311/2007;

Considerando que diante da necessidade na reestruturação do Hospital Regional de Gurupi no âmbito materno infantil, entre os dias 10 a 12 de Abril de 2018 a equipe de profissionais da Gerência de Média e Alta Complexidade realizou uma Oficina de Construção do Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Parto e Nascimento com a participação da equipe multiprofissional da maternidade;

Considerando a apresentação feita pela Gerência de Média e Alta Complexidade/Diretoria de Atenção Especializada/Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde/Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 05 dias do mês de dezembro do ano de 2018.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprovar o Protocolo Multiprofissional de Assistência ao Parto e Nascimento do Hospital Regional de Gurupi – TO.

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

Renato Jayme Silva  
Secretário de Estado da Saúde  
TOCANTINS

**RENATO JAYME DA SILVA**  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

 <p><b>GOVERNO TOCANTINS</b> Secretaria da Saúde</p> 	 <h1><b>Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Parto e Nascimento. Hospital Regional de Gurupi</b></h1>
---	--

 <p><b>GOVERNO TOCANTINS</b> Secretaria da Saúde</p>	<h1><b>Plano de Ação de Reestruturação do Serviço Obstétrico do HRG</b></h1>
---	--

GOVERNO DO  
**TOCANTINS**Secretaria da  
Saúde

## INTRODUÇÃO

O Hospital Regional de Gurupi 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 Nascimentos, 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 Regional de Gurupi tem como referência o atendimento humanizado à família.

GOVERNO DO  
**TOCANTINS**Secretaria da  
Saúde

## OBJETIVO GERAL

**A Implantação do Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Parto e Nascimento no Hospital Regional de Gurupi.**

GOVERNO DO  
**TOCANTINS**Secretaria da  
Saúde

## Construção do Protocolo no HRG.

Diante da necessidade na reestruturação do Hospital Regional de Gurupi no âmbito materno infantil, entre os dias 10 a 12 de Abril de 2018 a equipe de profissionais da Gerência de Média e Alta Complexidade realizou uma Oficina de Construção do Protocolo Multiprofissional de Atenção ao Parto e Nascimento com a participação da equipe multiprofissional da maternidade.

GOVERNO DO  
**TOCANTINS**Secretaria da  
Saúde

## CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO NO HRG.

Participaram cerca de 80 profissionais na Construção do Protocolo dentre eles; Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Fisioterapeutas, Fonodólogos, Assistente Social, Cirurgião Dentista, Psicólogos, Nutricionistas, Assistentes Administrativos, Agentes Transfusionais, Coordenadores e diretores das equipes multiprofissionais.



GOVERNO DO  
**TOCANTINS**

Secretaria da  
Saúde

# OBRIGADA!

Maiores Informações  
[Redecegonha.to@gmail.com](mailto:Redecegonha.to@gmail.com)  
63 3218-1787/SES

*" Para mudar o mundo é preciso primeiro  
mudar a forma de nascer"*

Michel Odent



**GOVERNO DO  
ESTADO DO  
TOCANTINS**

SECRETARIA  
DE ESTADO  
DA **SAÚDE**

## **PROTOCOLO MULTIPROFISSIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO - HOSPITAL REGIONAL DE GURUPI**

Gurupi, 2018

Secretaria de Estado da Saúde  
Superintendência de Políticas de Atenção a Saúde/Diretoria de Atenção Especializada  
Anexo VII – Qd. 103 N, NO-05 conj. 03 Lt. 29 CEP: 77001-020/Palmas\_TO  
e-mail: dae@saude.to.gov.br/ telefone: 63 3218-1770

SPAS/DAE/GMAC

**GOVERNADOR:** Mauro Carlesse  
**SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE:** Renato Jayme da Silva  
**SUPERINTENDENTE DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE-** Carlos Felinto Jr  
**SUPERINTENDENTE DE UNIDADES PRÓPRIAS-** Ullanes Passos Rios  
**DIRETOR DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA:** Iatagan de Araújo Barbosa  
**GERÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE:** Raquel Marques Soares Santana  
**DIRETORA GERAL DO HRG:** Cristiane Costa Uchoa  
**DIRETOR ADMINISTRATIVO:** Fernando Bezerra da Mota  
**DIRETOR TÉCNICO DO HRG:** Celso Rocha Silva  
**DIRETOR DE ENFERMAGEM DO HRG:** Renato Rodrigues de Oliveira  
**SUPERVISOR DA ENFERMAGEM NA MATERNIDADE DO HRG:** Janaina Mota de Carvalho  
**COORDENADORA DA REDE CEGONHA DO HOSPITAL REGIONAL DE GURUPI:** Jaciara Martins de Souza Silva  
**APOIO-OPAS:** Carlos Alberto Gama Pinto e Vanísia Sulpino Vieira

## DEDICATÓRIA

Dedicamos esse Protocolo, primeiramente, à parturiente, ao recém-nascido e seus familiares. Lembrando ainda de todos os profissionais da equipe do Hospital Regional de Gurupi que atuam na assistência ao parto e nascimento colocando a Mulher, o bebê e a família como centro do cuidado, respeitando seus aspectos éticos, religiosos e culturais, garantindo os direitos conquistados, prestando uma assistência humanizada, baseada em evidências científicas.

## **COLABORADORES:**

**Raquel Marques Soares Santana**- Gerente de Média e Alta Complexidade-SES

**Michelle Cristinne Evangelista Paiva**- Técnica de Média e Alta Complexidade-SES

**Elizabeth da Silva Damasceno**- Técnica de Média e Alta Complexidade- SES

**Frederico Eugênio** – Odontólogo- HRG

**Leane de Souza Barros** – Enfermeira- HRG

**Patrícia L.P. Silva** – Enfermeira- HRG

**Cristiane Airon Cardoso Marquesim** - Enfermeira - HRG

**Gisela Costa Guadalupe** – Enfermeira- HRG

**Claudia Fonseca da Silva Dourado** – Tec. De Enfermagem- HRG

**Joana D’Arc F. dos S. A. Rodrigues** – Tec. Enfermagem- HRG

**Deusely Vieira Gomes** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Cristiane Dias Fernandes Souza** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Luciana Helena Rodrigues Pereira** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Jaciene Santiago Belforte Sousa** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Aldeci Lopes Souto Giovelli** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Alvina Sena Lopes da Silva** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Dinalva Alves Barbosa** – Tec. de Enfermagem- HRG

**Sandra Maria Soares Nunes** – Tec. de enfermagem- HRG

**Marinalva Rodrigues T. Reis** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Vanderlúcia Martins Costa Lima** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Luiza Rocha de Souza Campos** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Lana Quirino dos Santo Viana** – Tec. de Enfermagem- HRG

**Corina do Nascimento Guimarães** Tec. de Enfermagem- HRG

**Edina Maria Leite de Oliveira Sobral** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Maria dos Santos Carvalho Carreiro** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Antonia dos Humildes B. da Silva Araujo** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Jacilma dos Santos Silva** – Tec. de Enfermagem- HRG

**Maria Vanilda Valadares de Amorim** – Tec. de Enfermagem- HRG

**Maria Rosângela Diogo da Luz** –Tec. de Enfermagem-HRG

**Maria do Espirito Santo F. de Oliveira** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Vicentina Alves Rodrigues** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Delma Lourenço Viera** – Tec de Enfermagem-HRG

**Rosana Barbosa da Silva** – Auxiliar de Enfermagem-HRG

**Maria Rita Borges Pereira** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Rosenilda F. Flor** - Tec - de Enfermagem- HRG

**Nilda Regina P. Araujo Fernandes** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Cleusa Gonçalves da Silva** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Maria dos Anjos da Silva Lima** – Tec. de Enfermagem-HRG

**Mariana Francisca de Sá** – Sup de Serviço Operacional-HRG

**Joana Darc Pereira Gloria Vieira** – Assistente de Serviço-HRG

**Nubia de Dias Gomes** – Assistente de Serviço-HRG

**Lorryne Pereira Santos** - Assistente de Serviço-HRG  
**Jaciara Martins da cruz Vilamaia** – Coord Rede cegonha Hospital de Gurupi-HRG  
**Silvia Oliveira Cruz** – Enfer<sup>a</sup> Obstetra -HRG  
**Thais Feitosa Marão** – Enfer<sup>a</sup> Obstetra-HRG  
**Mirian Gama de O. Souza Correa** – Enfer<sup>a</sup> Obstetra-HRG  
**Geisa dos Santos Maciel** – Enfer<sup>a</sup> Obstetra-HRG  
**Janete Carvalho** – Enfermeira -HRG  
**Paulo Henrique de Corrêa** – Enfer<sup>o</sup> Obstetra -HRG  
**Fernanda Previdello Pegoraro** – Enfermeira-HRG  
**Fabiana Schreder Cordeiro** – Enfermeira -HRG  
**Caroline Alves de Castro** – Enfermeira-HRG  
**Janayna da Silva Lopes Alves** – Enfermeira -HRG  
**Janaína Mota de Carvalho** – Enfermeira -HRG  
**Kátia Maria F. Gomes** – Assistente Social-HRG  
**Gláucia C. Gonçalves Costa** - Assistente Social-HRG  
**Héri de Pádua M. da Silva** – Acad. de Fisioterapia-HRG  
**Murilo Bezerra Milhomen** - Acad. de Fisioterapia-HRG  
**Isadora Araújo** - Acad. de Fisioterapia -UNIRG  
**Gildete da Silva Costa** - Acad. de Fisioterapia-UNIRG  
**Jéssica Juliann Felipe** - Acad. de Fisioterapia-UNIRG  
**Thainara Cardoso Sales** - Acad. de Fisioterapia-UNIRG  
**Florence Germaine Tible Lainscek** - Fisioterapia-UNIRG  
**Thais Bezerra de Almeida** - Acad. de Fisioterapia-UNIRG  
**Ivandra Mari Roceski** – Nutricionista-HRG  
**Maria Antônia D. Bandeira** – Psicóloga-HRG  
**Núbia Dias Gomes** – Analista Técnica- HRG  
**Arinéia Pratos dos Santos** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Silva Cardoso Marques** – Enfermeira-HRG  
**Lorryne Michelle D. de O. Bartholomeu** – Enfer<sup>a</sup> Obstetra-HRG  
**Darlem Miranda de Andrade** – Enfer<sup>a</sup> Obstetra -HRG  
**Valdecy Cesar** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Alaize Rocha Araujo Rodrigues** – Tec de Enfermagem-HRG  
**Jassirene S. A. Nascimento** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Maria Augusta Martins Souza Lima** – tec. de Enfermagem-HRG  
**Rosana Barbosa da Silva** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Ermitina Teles D. Schmitt** – Tec. de Enfermgem -HRG  
**Norma Regina Carneiro Bastos Peres** – Enfermeira -HRG  
**Pollyana dos Santos Soares** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Floriana de Souza Lima** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Gecy Ferreira Dutra Barros** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Jacira Alves Souza Rodrigues** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Ivonete Virginio Botelho** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Jacilma dos Santos Silva** – Tec. de Enfermagem-HRG  
**Deborah Penha Silveria** – Enfermeira  
**Ângela Maria Maia da Silva**- Enfermeiro Obstetra  
**Ana Maria Pereira Silva Alves**- Enfermeiro Obstetra  
**Cícero Ramos dos Santos**- Médico Pediatra  
**Eduardo Saavedra Sanchez**- Médico anestesiológista

**Fabiana Cândida de Queiroz Santos Anjos**- Médica Ginecologista e Obstetra

**Feliph Brito**- Fisioterapeuta

**Janaina Mota de Carvalho**- Enfermeiro Obstetra

**Janaina Pavezzi de Oliveira Milhomens**- Enfermeiro Obstetra

**Joelma da Cruz Vilanova**- Enfermeiro Obstetra

**Maria Antônia Silveira**- Médica pediatra

**Marilda Gomes dos Santos**- Técnica de enfermagem

**Mirian Ozana de Oliveira Souza Corrêa**- Enfermeira Obstetra

**Raimunda Barbosa da Silva**- Técnica de enfermagem

**Silvana Cardoso Marques**- Enfermeiro Obstetra

**Silvia Oliveira Cruz** - Enfermeiro Obstetra

**Thays Lenny Mota**- Psicóloga

## **REVISÃO FINAL:**

-Cícero Ramos dos Santos- Médico Pediatra

-Fabiana Cândida de Queiroz Santos Anjos- Médica Ginecologista e Obstetra

-Jaciara Martins de Souza Silva- Fisioterapeuta, Coordenadora da Rede Cegonha do

-Paulo Henrique de Souza Correa - Enfermeiro Obstetra

## **SUMÁRIO:**

<b>1-INTRODUÇÃO</b>	<b>07</b>
<b>2-RECEPÇÃO</b>	<b>09</b>
<b>3-ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>	<b>09</b>
<b>4-ATENDIMENTO INICIAL</b>	<b>10</b>
<b>4-1-ENFERMEIRO OBSTETRA</b>	<b>10</b>
<b>4-2-MÉDICO GINECOLOGISTA E OBSTETRA</b>	<b>10</b>
<b>5-INTERNAÇÃO NO PRÉ-PARTO</b>	<b>10</b>
<b>5.1- INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO</b>	<b>11</b>
<b>5.1.1-INDICAÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>5.1.2-MÉTODOS</b>	<b>11</b>
<b>5.2-ROTINA INICIAL NO PRÉ-PARTO</b>	<b>12</b>
<b>5.2.1-PRESCRIÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>5.2.2-EXAMES</b>	<b>13</b>
<b>5.3 PRÁTICAS NÃO RECOMENDADAS DE ROTINA</b>	<b>13</b>
<b>5.4-ACOMPANHAMENTO DO PRIMEIRO PERÍODO</b>	<b>13</b>
<b>5.4.1-AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL</b>	<b>14</b>
<b>5.4.2-ALÍVIO DA DOR</b>	<b>14</b>
<b>6- ASSISTÊNCIA NO PERÍODO EXPULSIVO</b>	<b>16</b>
<b>7-ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO</b>	<b>16</b>
<b>8-ASSISTÊNCIA AO RÉCEM-NASCIDO</b>	<b>18</b>
<b>9-ACOMPANHAMENTO DO PUERPÉRIO IMEDIATO</b>	<b>21</b>
<b>9.1- ACOMPANHAMENTO DO QUARTO PERÍODO</b>	<b>21</b>
<b>9.2- PRESCRIÇÃO PÓS-PARTO</b>	<b>21</b>
<b>9.3- ALTA PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO</b>	<b>22</b>
<b>10-FISIOTERAPIA NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO, PARTO, PUÉRPERIO E RECEM-NASCIDO</b>	<b>22</b>
<b>11- TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE E O RECEM-NASCIDO</b>	<b>24</b>
<b>12-PSICOLOGIA NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE E SUA FAMÍLIA</b>	<b>25</b>
<b>13-FONOAUDIOLOGIA NA ASSISTÊNCIA AO RECEM-NASCIDO</b>	<b>30</b>
<b>14-ROTINAS DO BANCO DE LEITE HUMANO</b>	<b>32</b>
<b>15-ASSISTENTE SOCIAL</b>	<b>33</b>
<b>16-AVALIAÇÃO BUCAL DO RÉCEM-NASCIDO E TESTE DA LINGUINHA-ODONTOLOGIA</b>	<b>34</b>
<b>17-ROTINAS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO</b>	<b>37</b>
<b>18-CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR</b>	<b>38</b>
<b>18.1-ALTA DA PUÉRPERA</b>	<b>38</b>

18.2-ALTA DO RECÉM-NASCIDO-----	38
19-CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	39
20- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	39
21- ANEXO I-----	58

## 1- INTRODUÇÃO:

A cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas, com cerca de 98% deles acontecendo em estabelecimentos hospitalares<sup>28</sup>. No Hospital Regional de Gurupi no ano de 2017 ocorreram 1789 nascimentos, sendo 874 partos normal (setor de estatística do HRG)<sup>31</sup>.

A assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeiro obstetra<sup>28,47</sup>. Devendo solicitar assistência de médico obstetra, se o mesmo não for o profissional assistente, se qualquer uma das seguintes condições forem atingidas<sup>28,16</sup>:

- Observações da mulher<sup>28</sup>:
  - pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
  - PA sistólica  $\geq$  160 mmHg OU PA diastólica  $\geq$  110 mmHg em uma única medida;
  - PA sistólica  $\geq$  140 mmHg OU diastólica  $\geq$  90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
  - proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica  $\geq$  140 mmHg ou diastólica  $\geq$  90 mmHg;
  - temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
  - qualquer sangramento vaginal, exceto eliminação de tampão;
  - presença de mecônio significativo (que não seja fluido);
  - dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
  - progresso lento confirmado do primeiro e segundo períodos do trabalho de parto;
  - solicitação da mulher de alívio da dor por analgesia regional;
  - emergência obstétrica – incluindo hemorragia anteparto, prolapso de cordão, convulsão ou colapso materno ou necessidade de ressuscitação neonatal avançada
- Observações fetais<sup>28</sup>:
  - qualquer apresentação anômala, incluindo apresentação de cordão;
  - situação transversa ou oblíqua;
  - apresentação cefálica alta (-3/3 De Lee) ou móvel em uma nulípara;
  - suspeita de restrição de crescimento intra-uterino ou macrossomia;
  - suspeita de anidrâmnio, oligodrâmnio <7 ou polihidrâmnio;

- frequência cardíaca fetal (FCF) < 110 ou > 160 bpm; - desacelerações da FCF à ausculta intermitente.

O cuidado materno respeitoso , que se refere aos cuidados organizados e prestados a todas as mulheres de maneira a manter sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garante a liberdade de não sofrer maus-tratos e possibilita escolhas informadas e apoio contínuo durante o trabalho de parto e parto<sup>47</sup>. A equipe deve comunicar de forma clara e eficaz , usando métodos simples e culturalmente aceitos<sup>47</sup>. Estimulando que a paciente tenha acompanhante de sua livre escolha durante toda internação sendo orientada pela equipe sobre as normas e rotinas do hospital nos diversos setores<sup>47,10,28</sup>,

Este protocolo tem como bases científicas principais: as recomendações da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS), as diretrizes do Ministério da Saúde, as Recomendações da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), da Sociedade Brasileira de Pediatras (SBP), Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica (ABENFO), sempre atentos à legislação vigente.

## 2- RECEPÇÃO:

De acordo com o Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do ministério da saúde, 2017<sup>21,27</sup>, a recepção deve:

- Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o atendimento.
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento com agilidade e clareza nos dados
- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na emergência do centro obstétrico/maternidade, para fins estatísticos
- Encaminhar a paciente para a classificação de Risco
- Dar baixa nas fichas das pacientes que não foram internadas
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento
- Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma
- Estar integrado com a equipe multiprofissional do centro obstétrico/maternidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas da usuária<sup>21,27</sup>.

## 3- ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento na porta de entrada da maternidade assume peculiaridades próprias as necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico-puerperal e tem função fundamental na construção de vínculo de confiança da mulher com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo no momento do parto<sup>39</sup>.

Queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes, com escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso<sup>39</sup>. O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família<sup>47,39,27,21</sup>. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado a saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais<sup>39</sup>. O atendimento burocrático, por ordem de chegada, não permite que casos graves sejam devidamente identificados e priorizados<sup>27,21</sup>. O acolhimento associado a ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que

realizam partos apoiando a tomada de decisões do profissional de saúde e equipe a partir de uma escuta qualificada<sup>27,21</sup>.

A Classificação de risco será realizada pelo enfermeiro de acordo com o Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia do ministério da saúde, 2017. Quando classificado de risco habitual será encaminhado para consulta com enfermeiro obstetra, e demais indicações para atendimento diretamente com o médico<sup>27,21</sup>.

## **4- ATENDIMENTO INICIAL**

Todos devem trabalhar em estreito relacionamento, colaboração e harmonia na equipe: enfermagem, médico obstetra, médicos pediatras e anestesiológicos, no sentido de promover excelência na assistência obstétrica.<sup>39</sup>

Assegurar alto padrão de cuidado baseado em evidências científicas para as mulheres e seus bebês<sup>39,28,47</sup>.

Toda equipe deve se identificar para a paciente e acompanhantes, com sua devida função, inclusive orientando o aspecto acadêmico do hospital<sup>47</sup>.

### **4.1 ENFERMEIRO OBSTETRA**

Atender as mulheres que a eles competem, de forma acolhedora, avaliar as gestantes verificando se a mesma está em fase de latente ou fase ativa, não havendo achados patológicos a gestante será admitida de acordo com os critérios estabelecidos de risco habitual, com preenchimento da autorização de internação hospitalar (AIH) conforme a portaria ministerial N°743 de 20 de dezembro de 2005<sup>11</sup>/ Resolução COFEN N° 477 de 14 de abril de 2015<sup>22</sup>.

Executar o preenchimento da ficha de atendimento com dados clínicos pertinentes, anamnese, exame clínico, exame obstétrico, diagnóstico de enfermagem, conduta técnica, sempre assinado e carimbado, com consequente acompanhamento da evolução do trabalho de parto, assistência à parturiente de parto normal e execução sem distócia até a alta<sup>7</sup> (Resolução COFEN n° 223, art. 3°- 1999)<sup>7</sup>.

Nos casos que julgar necessário ou não for de sua competência notificar imediatamente o médico obstetra. Comunicar a equipe de enfermagem sobre a conduta adotada: admissão, observação, reavaliação ou alta da mulher<sup>28</sup>.

### **4.2- MÉDICO OBSTETRA**

Conduzir a assistência obstétrica das pacientes que apresentem fatores de risco gestacional ou sempre que solicitado pelo enfermeiro obstetra, juntamente com os demais membros da equipe assistencial; realizando o preenchimento da ficha de atendimento com história clínica, exame físico, diagnóstico clínico e conduta, sempre assinado<sup>48,49,47,16</sup>.

Atuar prontamente nas situações de urgência e emergência ameaçadoras a vida da mulher e do feto / recém-nascido, avisando o mais rápido possível o médico pediatra<sup>47,48,49</sup>.

**OBSERVAÇÃO:** As pacientes que não tiverem critérios de internação conforme protocolo vigente, deverão ser orientadas quanto aos sinais e sintomas para retornar ao hospital, e caso sejam de outro município entrar em

contato com serviço social para solicitar acomodação ao município que referenciou, caso seja necessária nova avaliação em curto período de tempo.

## 5-INTERNAÇÃO NO PRÉ-PARTO

Deverão ser internadas somente pacientes em trabalho de parto ativo com feto vivo ou com indicação de indução de parto<sup>27,47,48,49</sup>.

Pacientes com indicação inicial de cesárea deverão ser internadas diretamente na enfermaria.

### 5.1-INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO:

Denomina-se parto induzido aquele iniciado mediante o uso de métodos artificiais<sup>28,30,33,34,48,49</sup>.

Avaliar e documentar no prontuário antes de iniciar a indução<sup>30,33</sup>

- Indicação da indução e ausência de contra-indicação;
- Confirmação da idade gestacional;
- Confirmação da apresentação cefálica, se feto vivo;
- Adequação pélvica;
- Condições cervicais pelo escore de **Bishop** (ver quadro);
- Estado das membranas;
- Atividade uterina;
- Batimentos cardíacos e cardiotocografia basal, se disponível;
- Potenciais riscos da indução.

#### 5.1.1-Indicação<sup>30,28,33</sup>:

- Síndromes hipertensivas da gravidez descompensadas;
- Isoimunização Rh;
- Rotura prematura de membranas a partir de 36 semanas completas;
- Intercorrências clínicas maternas descompensadas (ex.: doença renal, diabetes insulino-dependente, etc.);
- Gestação acima de 41 semanas;
- Restrição do crescimento intrauterino;
- Insuficiência utero-placentária;
- Corioamnionite;
- Fatores logísticos (ex.: história de parto rápido, distância do hospital, condições psicossociais etc.). Nesses casos, a indução deve ser bem discutida com a mulher e seus acompanhantes, frisando os possíveis riscos, e realizada somente após estimativa acurada da idade gestacional.

#### 5.1-2-Métodos:

O método de indução dependerá do índice de Bishop

Quadro 1: Índice de Bishop<sup>30,28</sup>

ÍNDICE DE BISHOP				
Pontuação	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Apagamento (%)	0-30	40-50	60-70	80
Altura da apresentação*	-3	-2	-1/0	+1/+2
Consistência do colo	Endurecido	Médio	Amolecido	
Posição do colo	Posterior	Médio	Anterior	

### A) Índice de Bishop >6 – OCITOCINA<sup>30,28</sup>

De maneira geral, o protocolo de indução com ocitocina para gestações a termo atualmente adotado no Brasil baseia-se na utilização de doses crescentes, preferencialmente com bomba de infusão.

Diluem-se 5UI em 500ml de soro fisiológico a 0,9%. Inicia-se com 4mUI/minuto (oito gotas por minuto, ou na bomba de infusão 24ml por hora). Após trinta minutos, reavalia-se a atividade uterina. Se a evolução for favorável, prossegue-se com oito gotas ou 24ml por hora; se for desfavorável, aumenta-se para dezesseis gotas ou 48ml por hora e repete-se o processo. A dose máxima é de 32 gotas por minuto ou 96ml por hora

### B) Índice de Bishop <6<sup>28,30</sup>

#### -Sonda de Foley:

Tomando todo o cuidado para evitar o contato com a vagina e a ectocérvice, introduz-se a sonda de Foley de número quatorze com um balão de 30ml através do canal cervical com auxílio de uma pinça de Cheron. Uma vez ultrapassado o orifício cervical interno, o balão é preenchido com 30ml de água destilada. A sonda é fixada com esparadrapo à face interna da coxa, proporcionando, desta maneira, uma tração suave. A sonda deve ser vistoriada a cada seis horas. Sempre que necessário, a tração é reajustada. Depois da expulsão da sonda de Foley, o que geralmente ocorre depois de doze horas, inicia-se a ocitocina (ver esquema de ocitocina), com exceção dos casos que já apresentem contrações uterinas de trabalho de parto.

#### -MISOPROSTOL<sup>28,30</sup>

Atualmente, o misoprostol constitui o método de primeira escolha para indução do parto na maioria dos serviços de todo o mundo, principalmente em casos de colo desfavorável, a presença de cicatriz uterina constitui uma contra-indicação ao uso do misoprostol.

Quadro 2: posologia misoprostol<sup>28,30</sup>

## POSOLOGIA DE MISOPROSTOL CONFORME A IDADE GESTACIONAL

Idade gestacional	Dose de misoprostol
37 semanas ou mais	25µg a cada seis horas
30 semanas ou mais e menos de 37 semanas	50µg a cada seis horas
22 semanas ou mais e menos de 30 semanas	100µg a cada seis horas

**OBS:** Após o preparo do colo uterino com misoprostol, aguardar no mínimo 4 horas para iniciar a Ocitocina, caso seja necessário<sup>28,30,48,49</sup>

### 5.2-ROTINA INICIAL NO PRÉ-PARTO<sup>31,40,47,48,49</sup>

Medida da altura uterina<sup>48,49</sup>.

Avaliação da dinâmica uterina<sup>47,48,49</sup>.

Realizar amnioscopia, sempre que possível e necessário<sup>48,49</sup>

Avaliação dos dados vitais e avaliação da vitalidade fetal<sup>47,48,49</sup>

Abertura do partograma em fase ativa<sup>28</sup> (apesar de não estar nas atuais recomendações da OMS<sup>47</sup>, a legislação brasileira determina que seja utilizado).

Conferência e realização dos exames de rotina<sup>28</sup>.

Preenchimento da SAE (Sistematização da assistência de Enfermagem)

#### 5.2.1-PRESCRIÇÃO

DIETA: Para mulheres de baixo risco, recomenda-se a ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto<sup>47,28</sup>

DADOS VITAIS: pressão, frequência cardíaca, temperatura (avaliadas de 4 em 4 horas em pacientes de risco habitual)<sup>47</sup>

ACESSO VENOSO: Não é recomendado de rotina, se necessário deverá ser com vaso calibroso, gelco nº14 ou 16.<sup>28,47</sup>

#### 5.2.2-EXAMES<sup>5,6,17,32,33,</sup>

-Tipagem sanguínea e fator RH (conferência, solicitar somente se a paciente não tiver exame prévio)<sup>28,32,33,34</sup>

-Coombs indireto, se paciente RH negativa<sup>28,32,33,34</sup>.

-Teste rápido HIV, sífilis, hepatite B<sup>28,32,34</sup>.

- Em casos eventuais, avaliar necessidade de outros exames laboratoriais e de imagem<sup>28,32,33,34</sup>.

### 5.3-PRÁTICAS NÃO RECOMENDADAS DE ROTINA:

- A pelvimetria clínica de rotina na admissão em trabalho de parto para gestantes saudáveis<sup>47</sup>.

- A cardiocografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão do parto em gestantes saudáveis que se apresentam em trabalho de parto espontâneo e nem durante o trabalho de parto. Devendo sua realização ser individualizada<sup>47</sup>.

- A tricotomia perineal e o enema opaco não são recomendados para paciente que terá parto normal<sup>47</sup>

- A limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de prevenir morbidades infecciosas não é recomendada<sup>47</sup>.

- O uso de amniotomia precoce e/ou aumento precoce de ocitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto não é recomendado, nem nas pacientes com epidural<sup>47</sup>.

#### **5.4-ACOMPANHAMENTO DO PRIMEIRO PERÍODO**

O período latente de trabalho de parto é caracterizado por dolorosas contrações uterinas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta da dilatação até 5 cm para primigestas e multíparas. Sua duração padrão não foi estabelecida, podendo variar muito de uma mulher para outra<sup>47</sup>.

O primeiro período ativo é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical acima de 5 cm até a dilatação completa. Geralmente não se estende além de 12 horas nas primíparas, e além de 10 horas nos multíparas<sup>47</sup>.

Registrar as seguintes observações no primeiro período do trabalho de parto:

- frequência das contrações uterinas de 1 em 1 hora, podendo-se conduzir o trabalho de parto, se oligossistolia<sup>48,49</sup>;

- pulso, temperatura e PA de 4 em 4 horas<sup>47,48,49</sup>;

- exame vaginal de uma ou duas horas<sup>48,49</sup>, podendo estender até 4 horas<sup>47</sup>, sempre de forma estéril<sup>48,49</sup> ou se houver alguma preocupação com o progresso do parto ou em resposta aos desejos da mulher (após palpação abdominal e avaliação de perdas vaginais)<sup>47</sup>.

Um partograma com linha de ação de 4 horas deve ser utilizado para o registro do progresso do parto<sup>28,48,49</sup>.

Toda avaliação da paciente pela equipe assistente deve ser anotada em prontuário, com horário da avaliação e assinatura do profissional que realizou.

A condução do trabalho de parto deverá ser realizada com ocitocina em bomba de infusão<sup>28</sup>, sempre que possível e necessário, segundo quadro abaixo:

Quadro 3: Orientação para infusão de ocitocina<sup>28</sup>

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

#### 5.4.1-AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL

A avaliação do bem-estar fetal em parturientes de baixo risco deve ser realizada com ausculta intermitente, em todos os locais de parto, utilizando sonar Doppler: - realizar a ausculta antes, durante e imediatamente após uma contração, por pelo menos 1 minuto e a cada 30 minutos (quando possível), registrando como uma taxa única; - registrar acelerações e desacelerações se ouvidas; - Palpar o pulso materno se alguma anormalidade for suspeitada para diferenciar os batimentos fetais e da mãe.<sup>28,47,34</sup>

Observação: realizar ausculta dos batimentos cardíacos fetais imediatamente após amniorrexe ou amniotomia<sup>34</sup>.

Nos casos duvidosos realizar Cartiotocografia<sup>48,49</sup>.

#### 5.4.2-Alívio da dor

A analgesia epidural, opióides parenterais, como fentanil, morfina e petidina, são opções recomendadas para gestantes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências da mulher.<sup>28,47</sup>

Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes, podem ser utilizadas.<sup>28,47</sup>

A solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação. Isto inclui parturientes em fase latente com dor intensa, após esgotados os métodos não farmacológicos. A analgesia peridural, raquidiana ou na forma combinada raqui – peridural (RPC) constituem técnicas igualmente eficazes para alívio da dor de parto.<sup>28</sup>

A escolha entre elas será influenciada pela experiência do anestesiológista com a técnica. Iniciar a analgesia peridural com as substâncias usuais (bupivacaína, ropivacaína e levobupivacaína) diluídas na dose: volume 13 a 20 ml em concentração de 0,0625% a 0,1%, acrescidos de fentanila (2 mcg/ml), ou opióide lipossolúvel em dose equipotente<sup>28</sup>. Quando se pretende fornecer alívio rápido da dor, sem elevação da dose de anestésico,

a via intratecal é a técnica de escolha. Quando se utilizar a RPC, adequar a dose ao momento do parto: - fase não avançada do parto (doses próximas a 15 mcg de fentanila intratecal ou outro opióide lipossolúvel em dose equivalente); - fase avançada do parto (bupivacaína 1,25 mg intratecal ou outro anestésico em dose equivalente, associada ao opióide lipossolúvel)<sup>28</sup>.

A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser iniciada com a menor concentração efetiva de cada anestésico; como exemplo bupivacaína 0,0625% ou ropivacaína 0,1%, ambos acrescidas de fentanila (2 mcg/ml) ou doses equipotentes de outro opióide lipossolúvel<sup>28</sup>. A manutenção da analgesia via cateter peridural deve ser iniciada com volumes próximos a 10 ml/h de forma totalmente individualizada, levando em consideração a resposta à solução inicial, assim como particularidades da mulher. Mediante resposta insatisfatória na primeira hora de infusão, deve-se elevar a dose de anestésico, aumentando a taxa de infusão de forma escalonada até no máximo 20 ml/h. Mediante resposta persistentemente insatisfatória deve-se elevar a concentração do anestésico, após revisar posicionamento do cateter. A manutenção da analgesia peridural em bolus intermitente ou sob regime de PCA (“analgesia peridural controlada pela paciente”) são os modos preferidos de administração para a manutenção da analgesia peridural.<sup>28</sup>

Antes da realização da analgesia regional a paciente deve ser orientada sobre possíveis complicações, deve haver acesso venoso calibroso pré-estabelecido<sup>28,47</sup>.

Toda gestante submetida a analgesia de parto deverá estar com monitorização básica previamente instalada (Pressão Arterial Não Invasiva - PANI a cada 5 minutos e oximetria de pulso)<sup>28,47</sup>.

Estando sob monitorização, após 15 minutos da administração do(s) agente(s), a gestante deverá ser avaliada quanto à resposta (nível do bloqueio, sensibilidade perineal, testes de função motora, teste do equilíbrio e de hipotensão postural). Caso a avaliação seja desfavorável à mobilização ou se constate “estado de anestesia” (hiposensibilidade e bloqueio motor) a gestante deverá permanecer no leito sob vigilância constante até nova reavaliação<sup>28</sup>.

Caso a avaliação seja favorável, somente “estado de analgesia”, a gestante estará sem impedimentos para deambular e assumir a posição que desejar<sup>28,47</sup>.

Considerando a possibilidade de complicações, todo cateter peridural deve ser retirado pelo médico anesthesiologista<sup>28</sup>.

A gestante não poderá receber alta do bloco obstétrico, unidade PPP ou SRPA com cateter instalado, exceto com a autorização do anesthesiologista.<sup>28</sup>

## **6- ASSISTÊNCIA NO PERÍODO EXPULSIVO**

O segundo período é o tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo de puxo involuntário, como resultado de contrações uterinas expulsivas. Sua duração varia de uma mulher para outra. Nas primigestas, o parto é geralmente concluído dentro de 3 horas, enquanto nas multíparas, em 2 horas<sup>47</sup>.

Recomenda-se encorajar a adoção de uma posição de parto da escolha individual da mulher, incluindo posições verticais, mesmo com analgesia epidural. Na fase expulsiva do segundo estágio do trabalho de parto devem ser encorajadas e apoiadas a seguir seu próprio impulso de empurrar<sup>47,28,34</sup>.

Informar às mulheres que há insuficiência de evidências de alta qualidade, tanto para apoiar como para desencorajar o parto na água<sup>47,48,49,28</sup>.

São recomendadas técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo (compressas mornas e proteção do períneo com as mãos), com base nas preferências da mulher e opções disponíveis<sup>28,47,48,49</sup>.

A avaliação da vitalidade fetal no período expulsivo, deverá ser realizada com SONNAR a cada 15 minutos<sup>48,49</sup>.

O uso rotineiro ou liberal de episiotomia não é recomendado para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo<sup>47,28,34</sup>. Se uma episiotomia for realizada, a sua indicação deve ser justificada, recomendando-se a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus. Assegurar analgesia efetiva antes da realização de uma episiotomia<sup>28</sup>.

A manobra de Kristeller para facilitar o parto durante o segundo estágio do trabalho de parto é contra-indicado<sup>47,48,49,28,34,40</sup>.

A temperatura do ambiente de parto/nascimento e/ou reanimação deverá estar em 23°- 26° C, conforme portaria 371, de 07 de maio de 2014, do Ministério da Saúde<sup>19,16</sup>.

## 7-ASSISTÊNCIA NO TERCEIRO PERÍODO

É recomendado o uso de uterotônicos para a prevenção da hemorragia pós-parto (HPP) durante o terceiro estágio, tendo a **ocitocina (10UI-IM, no vasto lateral da coxa E)** como primeira escolha, devendo ser feito em **todas as pacientes**, na falta da Ocitocina recomenda-se o uso de ergometrina / metilergometrina ou combinação fixa de ocitocina e ergometrina, ou ainda Misoprostol<sup>47,48,49,40,34</sup>.

O retardo do pinçamento do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) é recomendado para melhorar a saúde materna e infantil e os resultados nutricionais (OMS). Exceto em pacientes que tenham contra-indicação (HIV, HTLV) ou por alterações justificáveis no recém-nascido.<sup>47,34,28</sup>

A massagem uterina sustentada não é recomendada como uma intervenção para prevenir a hemorragia pós-parto (HPP) em mulheres que receberam ocitocina profilática<sup>47</sup>.

Considerar terceiro período prolongado após decorridos 30 minutos. Não realizar remoção manual ou cirúrgica da placenta sem analgesia adequada<sup>47</sup>.

Se houver hemorragia, retenção placentária, colapso materno ou qualquer outra preocupação quanto ao bem-estar da mulher: - solicitar assistência de médico obstetra para assumir o caso, se este não for o profissional assistente no momento; - instalar acesso venoso calibroso (em caso de hemorragia- 2 acessos) e informar a puérpera sobre a situação e os procedimentos previstos<sup>28</sup>.

O trauma perineal ou genital deve ser definido como aquele provocado por episiotomia ou lacerações, da seguinte maneira<sup>28</sup>:

- Primeiro grau – lesão apenas da pele e mucosas
- Segundo grau – lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal
- Terceiro grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal:
  - 3a – laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal
  - 3b – laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal
  - 3c – laceração do esfíncter anal interno.
- Quarto grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e o epitélio anal<sup>28</sup>.

Realizar a reparação perineal usando uma técnica de sutura contínua para a camada de parede vaginal e músculo. Recomenda-se a utilização de material de sutura sintética absorvível para suturar o períneo<sup>28,47</sup>.

- Realizar as seguintes observações da mulher logo após o parto<sup>28,45</sup>:
- temperatura, pulso e pressão arterial;
  - lóquios e contrações uterinas;
  - examinar a placenta e membranas: avaliar suas condições, estrutura, integridade e vasos umbilicais;
  - avaliação precoce das condições emocionais da mulher em resposta ao trabalho de parto e parto;

Solicitar assistência de médico obstetra, se este não for o profissional responsável, se qualquer das seguintes situações forem atingidas<sup>28,45</sup>:

- pulso >120 bpm em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo;
- PA sistólica  $\geq$  160 mmHg OU PA diastólica  $\geq$  110 mmHg em uma única medida;
- PA sistólica  $\geq$  140 mmHg OU diastólica  $\geq$  90 mmHg em 2 medidas consecutivas com 30 minutos de intervalo;
- proteinúria de fita 2++ ou mais E uma única medida de PA sistólica  $\geq$  140 mmHg ou diastólica  $\geq$  90 mmHg;
- temperatura de 38°C ou mais em uma única medida OU 37,5°C ou mais em 2 ocasiões consecutivas com 1 hora de intervalo;
- bexiga palpável e ausência de micção 6 horas após o parto;
- emergência obstétrica – hemorragia pós-parto, convulsão ou colapso materno;
- placenta retida ou incompleta;
- lacerações perineais de terceiro e quarto graus ou outro trauma perineal complicado<sup>28</sup>

## 8-ASSISTÊNCIA AO RECEM-NASCIDO

-Assistência imediatamente após o parto,<sup>19,28,47</sup>

- O atendimento ao recém-nascido consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou

profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstétrico/obstetriz ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal, ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP<sup>19, 28,47</sup>.

- É recomendada a presença de um médico pediatra adequadamente treinado em todos os passos da reanimação neonatal<sup>28,19,47</sup>.
- Planejar o cuidado e ter em mente que pode ser necessário chamar por ajuda se o recém-nascido precisar de ressuscitação; - assegurar que existam recursos, pessoal, material e medicamentos, para ressuscitação e para transferência do recém-nascido para outro local se necessário; Afixar nos locais de parto, fluxogramas de referência de emergência e implementá-los se necessário<sup>28,19</sup>.
- Estimular as mulheres a terem contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento<sup>28,19,47</sup>.
- Cobrir a criança com um campo aquecido enquanto mantém o contato pele-a-pele<sup>28,19,47</sup>.
- Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido<sup>19,28,47</sup>.
- Estimular o início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida<sup>19,28,47</sup>.
- Ao nascimento, avaliar as condições do recém-nascido – especificamente a respiração, frequência cardíaca e tônus – no sentido de determinar se a ressuscitação é necessária de acordo com diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal<sup>19,28,47</sup>.
- Se o recém-nascido necessitar de ressuscitação básica, iniciar com ar ambiente<sup>19,28,47</sup>.

-Realizar o clampeamento do cordão umbilical após 1 minuto ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, para os RNs > ou = 34 semanas de gestação, desde que tenha começado a respirar ou chorar e se apresentar

movimentação ativa, independentemente do aspecto do líquido amniótico ou, exceto se houver alguma contra indicação em relação ao cordão, ou necessidade de reanimação neonatal<sup>43,19,28,47</sup>.

- RN de qualquer idade gestacional, não começou a respirar ou estiver hipotônico, presença de DPP ou placenta prévia ou nó verdadeiro de cordão, clampar o cordão imediatamente e levar a mesa de reanimação, prevenir perda de calor.
- Manter normotermia do RN: temperatura axilar em 36,5-37,5°C<sup>43</sup>
- Manter temperatura ambiente em 23-26°C<sup>19,28,43</sup>
- Na sala de parto e de reanimação, manter portas e janelas fechadas, sem corrente de ar<sup>43</sup>.
- Recepcionar RN em campos estéreis e secos<sup>43</sup>.
- RN ≥34 semanas: secar e desprezar campos úmidos<sup>43</sup>.
- RN <34 semanas: envolver o corpo em saco plástico, secar a cabeça e colocar touca de lã ou de algodão<sup>43</sup>.
- Realizar o índice de Apgar ao primeiro e quinto minutos de vida, rotineiramente. E calcular a idade gestacional pelo Capurro<sup>28</sup>
- Coletar sangue de cordão para análise de pH em recém-nascidos com alterações clínicas, tais como respiração irregular e tônus diminuído. Não fazer a coleta de maneira rotineira e universal<sup>28</sup>.
- Não realizar a aspiração orofaríngea e nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável<sup>28</sup>.
- Não realizar a passagem sistemática de sonda nasogástrica e nem retal para descartar atresias no recém-nascido saudável<sup>28,47</sup>.
- A profilaxia da oftalmia neonatal deve ser realizada de rotina nos cuidados com o recém-nascido, oriundos de parto normal<sup>28</sup>.
- O tempo de administração da profilaxia da oftalmia neonatal pode ser ampliado em até 4 horas após o nascimento<sup>28</sup>.
- Utilizar a pomada de eritromicina a 0,5% e, como alternativa, tetraciclina a 1% para realização da profilaxia da oftalmia neonatal. A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservada apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina<sup>28</sup>.

- Todos os recém-nascidos devem receber vitamina K para a profilaxia da doença hemorrágica<sup>28</sup>.
- A vitamina K deve ser administrada por via intramuscular, na dose única de 1 mg, a partir de RN com 2Kg e metade desta dose naqueles abaixo desse peso, pois este método apresenta a melhor relação de custo-efetividade<sup>28</sup>.
- Se os pais recusarem a administração intramuscular, deve ser oferecida a administração oral da vitamina K e eles devem ser advertidos que este método deve seguir as recomendações do fabricante e exige múltiplas doses.
- A dose oral é de 2 mg ao nascimento ou logo após, seguida por uma dose de 2 mg entre o quarto e o sétimo dia<sup>28</sup>.
- Para recém-nascidos em aleitamento materno exclusivo, em adição às recomendações para todos os neonatos, uma dose de 2 mg via oral deve ser administrada após 4 a 7 semanas, por causa dos níveis variáveis e baixos da vitamina K no leite materno e a inadequada produção endógena<sup>28</sup>.
- Minimizar a separação do recém-nascido e sua mãe, levando em consideração as circunstâncias clínicas<sup>28,47</sup>.
- Se houver mecônio significativo e o recém-nascido não apresentar respiração, frequência cardíaca e tônus normais o mesmo deve ser assistido segundo diretrizes reconhecidas de reanimação neonatal, incluindo realização precoce de laringoscopia e sucção sob visão direta<sup>28</sup>.
- Se houver mecônio significativo e a criança estiver saudável, a mesma deve ser avaliada e observada por pediatra/neonatalogista. Essas observações devem ser realizadas com 1 e 2 horas de vida e depois de 2 em 2 horas por 12 horas<sup>28</sup>.
- Se não houver mecônio significativo, observar o recém-nascido e avaliar encaminhamento ao alojamento conjunto. Deve ser observado com 1 e 2 horas de vida<sup>28,43</sup>.
- Se qualquer um dos seguintes sinais forem observados, com qualquer grau de mecônio, o recém-nascido deve ser avaliado por um neonatologista/pediatra: - frequência respiratória > 60 ipm; - presença de gemidos; - frequência cardíaca < 100 bpm ou > 160 bpm; - enchimento capilar acima de 3 segundos; - temperatura corporal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ou  $37,5^{\circ}\text{C}$  em 2 ocasiões com 30 minutos de intervalo; - saturação de oxigênio < 90% (a medida da saturação de oxigênio é

opcional após mecônio não significativo); - presença de cianose central confirmada pela Oximetria de pulso se disponível<sup>28</sup>.

- Registrar a circunferência cefálica e torácica, temperatura corporal, peso e comprimento após o contato pele a pele<sup>28</sup>.
- Realizar exame físico inicial para detectar qualquer anormalidade física maior e para identificar problemas que possam requerer condutas específicas e/ou transferência<sup>28</sup>.
- Explicar os achados para a mulher e informá-la sobre o que procurar e com quem falar se tiver qualquer preocupação<sup>28</sup>
- Assegurar que qualquer exame, intervenção ou tratamento da criança seja realizado com o consentimento dos pais e também na sua presença ou, se isso não for possível, com o seu conhecimento<sup>28</sup>.

O banho deve ser retardado até 24 horas após o nascimento. Se isto não for possível devido a razões culturais, o banho deve ser atrasado por pelo menos seis horas (exceto com indicação médica). Roupas apropriadas do bebê para a temperatura ambiente são recomendadas. A mãe e o bebê não devem ficar separados e devem permanecer no mesmo quarto 24 horas por dia<sup>47</sup>.

## **9-ACOMPANHAMENTO DO PUERPÉRIO IMEDIATO**

A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para identificação precoce de atonia uterina é recomendada para todas as mulheres<sup>47</sup>.

A profilaxia antibiótica de rotina não é recomendada para mulheres com parto vaginal não complicado, nem para as submetidas à episiotomia<sup>47,48,49,34,28</sup>.

Todas as puérperas devem fazer uma avaliação regular do sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo, temperatura e frequência cardíaca (pulso) rotineiramente durante as primeiras 24 horas, a partir da primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento, se normal, a segunda medição da pressão arterial deve ser feita dentro de seis horas<sup>28,34,47</sup>.

### **9.1-Quarto período de Greenberg**

A puérpera deverá ser mantida sob vigilância direta e continua durante todo o período, tendo os dados anotados no prontuário<sup>28,47,48,49</sup>. Se possível, não ser removida do local do parto até que o período se complete.

### **9.2-Prescrição pós-parto**

DIETA: Dieta livre (considerar patologias)<sup>28,34</sup>

DADOS VITAIS: pulso, pressão arterial, temperatura axilar (rotineiramente de 6/6 hs), avaliar intervalos menores e outros parâmetros, se intercorrências<sup>28,34,47</sup>.

OBSERVAÇÃO: Sangramento vaginal, tônus uterino<sup>28,34,47,48,49</sup>.

ANALGESIA: Anti-inflamatório e analgésicos (considerar alergias)<sup>28,34,48,49</sup>

### **9.3-Alta para o Alojamento conjunto:**

A transferência do binômio do pós-parto imediato para o alojamento conjunto, deverá acontecer com a liberação do enfermeiro obstetra ou médico que realizou o parto, somente após<sup>28,47</sup>:

- Involução uterina com a presença do globo de segurança de Pinard
- Loquia fisiológica com presença de sangramento controlado
- Medicamentos de rotina e as eventualmente utilizadas prescritas e realizadas.
- Assistência ao parto devidamente anotadas e descritas nos impressos próprios
- Recem Nascido (RN) assistido e liberado pelo pediatra/neonatalogista ou enfermeiro que o atender com prescrição pronta e impressos devidamente preenchidos
- Parto anotado no livro de parto e/ou notificado no sistema de informação
- Sistematização do Atendimento de Enfermagem (SAE) completa e devidamente preenchida
- Prescrição medicamentosa e de condutas para o acompanhamento da puerpera pronta com data, nome e número do conselho do prescritor.
- Puérpera com condições mínima de conforto, segurança e higiene atendidas<sup>28,47</sup>.

### **10- ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO OBSTETRA/RESIDENTE DE GO:**

Acolher e orientar paciente e acompanhante sobre o provável os benefícios do Parto Normal;

Realizar avaliação clínica inicial, prescrição médica, abertura e preenchimento do partograma e solicitação de exames.

Encaminhar as gestantes de alto risco após a avaliação prévia para a maternidade de alto risco mais próximo, caso não haja tempo hábil, ou seja, casos de urgência e emergência para o encaminhamento o mesmo deverá assistir a paciente.

### **11- ATRIBUIÇÕES DO 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.

Verificar o Apgar;

Deixar o RN em condições saudáveis em contato pele a pele após o parto no

mínimo 1 hora;

Incentivar a amamentação na primeira hora de vida;

Postergar Procedimentos como: pesar, medir; utilização de colírios, vacinas e etc.

A utilização de nitrato de prata a 1% deve ser reservado apenas em caso de não se dispor de eritromicina ou tetraciclina sendo utilizado apenas em RN por via vaginal, e que a mãe durante o pré natal apresentou gonorreia.

## **12- ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO**

A Lei 7.498/86 art.6 inciso II e o Decreto 94.406/87 art. 9º, incumbe ao profissional Enfermeiro portador do diploma de Obstetiz ou Enfermagem Obstétrica, a prestação de assistência a parturiente e ao trabalho de parto normal de evolução fisiológica (sem distocia) e ao neonato da internação a alta; a identificação das distócias obstétricas e a tomada de providência até a chegada do médico e; realização de episiotomia e episiorrafia com anestesia local, quando necessário. Por sua vez a Resolução Cofen 0516/2016, normatiza a atuação, competência e responsabilidade do Enfermeiro Obstetra na assistência as gestantes de baixo risco ou risco habitual, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de Obstetrícia.

### Acolhimento da Gestante em Trabalho de Parto

Parturientes devem ser tratadas com devido respeito, para tanto todos os profissionais que prestam atendimento as estas mulheres devem estabelecer uma relação de confiança, atentando para seus desejos e expectativas. Desta maneira, na admissão, a enfermagem obstétrica do CPN ou PPP deve:

- Chamar a parturiente pelo nome;
- Identificar-se, informando nome e função;
- Assegurar que a parturiente tenha um acompanhante de livre escolha, este deve acompanhar todo trabalho de parto e parto (Lei 11.108 de 11/05/2005);

- Orientar a parturiente e seu acompanhante sobre trabalho de parto e parto, bem como as rotinas do setor;
- Dar apoio à gestante e ao acompanhante, proporcionando um ambiente tranquilo e acolhedor, respeitando sua individualidade e privacidade (Recomendação ANS RDC 35);
- Avaliar o risco materno fetal, confirmando os dados levantados no momento da admissão hospitalar . Para tal o Enfermeiro Obstetra deve através da anamnese: verificar os dados do cartão de pré-natal (ganho de peso, altura uterina, resultado de exames e USG); checar idade materna, idade gestacional, doenças surgidas durante a gestação, história prévia pessoal e familiar, antecedentes obstétricos e condições psicossociais; atentar para tipagem sanguínea e fator RH;
- Solicitar exames de rotina, caso necessário: hemograma, tipagem sanguínea, COOMBS, glicemia, EAS, VDRL, testes rápidos para Sífilis, HIV, HBsAg e HC (Resolução COFEN 195/97; Resolução COFEN 477/2015; Resolução COFEN 244/2016);
- Realizar exame físico completo, verificando AFU e realizando Manobra de Leopold;
- Ausculta fetal utilizando um sonar de Doppler ou Pinard;
- Anotar todos os dados coletados em impressos específicos, prontuário e livro de admissão;
- Caso a parturiente possua um plano de parto, deve-se ler e discutir com ela, as condições para sua implementação, levando em conta a organização do local de assistência, ambiência e recursos materiais;
- Realizar prescrição de enfermagem, se necessário, conforme anexo I deste protocolo;
- Solicitar permissão á parturiente antes da realização de qualquer procedimento, esclarecendo sua importância;

### Assistência ao Trabalho de Parto Ativo e Parto de Risco Habitual

Conforme as Diretrizes de Assistência ao Parto Normal MS,2017 e Diretriz OMS/2018, para assistência ao parto normal deve-se:

- Abrir e preencher adequadamente o partograma, conforme dados coletados pelo exame físico;
- Monitorar sinais vitais maternos: pulso, pressão arterial e temperatura a cada 4 horas;
- Realizar Dinâmica Uterina de 1 em 1 hora, avaliando a duração, quantidade e a intensidade das contrações em 10 minutos;
- Avaliar a frequência cardíaca fetal a cada 15 - 30 minutos;
- Realizar o toque vaginal de 4 em 4 horas, considerando: dilatação, esvaecimento do colo mensurado em porcentagem, integridade ou não da membrana amniótica, a coloração do LA bem como a presença de grumos, apresentação fetal e a sua variedade, a altura pelo plano de DeLee, avaliação da Bacia Obstétrica, avaliar a consistência e integridade da musculatura vaginal;
- Ingestão de alimentos e líquidos, evitando o desenvolvimento da cetose pelo jejum prolongado o que pode ocasionar náuseas, vômitos, cefaleia e exaustão materna
- Encorajar mobilidade e posição vertical, pois favorece o encaixamento fetal na pelve, as contrações se tornam mais intensas e eficientes, a parturiente sente-se mais confortável e com menos dor tendo assim encurtada a duração do trabalho de parto;
- Indicar/Ofertar técnicas terapêuticas não farmacológicas para alívio da dor como massagem, compressas quentes, posturas e banhos de aspersão e/ou imersão, musicoterapia, TENS, bolas de nascimento (Bobbat), exercícios no cavalinho entre outras técnicas de relaxamento, para mulheres requerendo alívio da dor, a depender de sua preferência;
- Realizar amnioscopia apenas quando necessário, Deve-se realizar em caso de suspeita de líquido amniótico meconial e/ou sofrimento fetal;
- Realizar amniotomia apenas quando necessário, devendo ser criteriosa e oportuna. Preferencialmente deve-se aguardar a rotura espontânea durante o período expulsivo. Este procedimento deverá ser realizado somente após 5cm de dilatação do colo uterino, nunca acima de -1 pelo plano de DeLee e durante a contração uterina para evitar prolapso de

cordão e látero ou anteroceências de mão, preferencialmente antecedendo a condução, salvo em casos de amnioscopia duvidosa;

- Monitorar o Trabalho de Parto com cardiotocografia basal sempre que indicado afim de avaliar bem estar fetal;
- Adotar medidas simples para correção de alteração de frequência cardíaca fetal, tais como: mudança de decúbito, hidratação e oxigenioterapia. Devendo comunicar o médico obstetra;
- Identificar distócias obstétricas, bem como medidas corretivas, tais como: amniotomia, estimulação preferencialmente com ocitocina, hidratação oral ou intravenosa. Deve-se realizar a devida comunicação com o médico obstetra;
- Encorajar posição no parto conforme a escolha da mulher, incluindo posições verticais;
- Encorajar e apoiar puxos espontâneos. Para melhorar o bem estar fetal no período expulsivo recomenda-se que conjunto com puxos espontâneos se oriente que a parturiente mantenha a glote aberta (boca aberta com mandíbula relaxada) e não prender a respiração;
- Fazer uso de técnicas para reduzir o traumatismo perineal e facilitar o parto espontâneo (incluindo massagem perineal, compressas mornas e proteção com as mãos do períneo), são recomendadas com base na preferência e opções disponíveis.
- Realizar episiotomia em casos seletivos, como suspeita de alteração do bem estar fetal. Antes da realização deste procedimento é indispensável que a parturiente seja informada sobre o procedimento, bem como seja realizada analgesia efetiva. A episiotomia deve ser mediolateral iniciando na comessura posterior dos lábios menores orientada habitualmente para o lado direito, sendo seu ângulo entre 45 e 60 graus.
- Após o desprendimento da criança, antes do clampeamento do cordão deve-se fazer o uso profilático de uterotônicos, preferencialmente ocitocina (10UI, IM/IV);
- Realizar clampeamento tardio do cordão umbilical (não antes de 1 minuto);

- Após secção do cordão realizar tração controlada do mesmo. É considerado adequado que o terceiro período dure 30 minutos;
- Deve-se proceder revisão do canal de parto (vagina e genitália externa), sendo que a cavidade uterina não deve ser explorada rotineiramente, ou seja nos casos em que o útero estiver contraído com formação do Globo de Pinard, sangramento vaginal discreto e as membranas placentárias estiverem completas;
- Contato pele a pele do recém nascido sem complicações com a mãe para prevenção de hipotermia neonatal, fortalecimento do vínculo entre mãe recém nato e, incentivo ao aleitamento materno (Portaria MS 371 de 07/05/2014);
- Realizar episiorrafia ou rafia de lacerações de 1° e 2° graus, sempre explicando a paciente qual tipo de laceração ela teve (se for o caso) e como será feito o reparo, orientando sobre a analgesia local e cuidados com o local após realizado o procedimento (Resolução COFEN 477/2015)

Segundo OMS 2018, não recomendado:

- Cardiotocografia de rotina na admissão;
- Tricotomia perineal e púbica para parto vaginal;
- Enema para redução do uso de condução de Trabalho de Parto;
- Cardiotocografia contínua;
- Lavagem vaginal de rotina com antissépticos para prevenção de infecções. Essa prática além de causar desconforto à parturiente que apresenta sensibilidade aumentada local e dor perineal no período expulsivo, não está associado a diminuição de riscos infecciosos maternos e neonatais;
- Amnitomia isolada de rotina para prevenção da demora do Trabalho de Parto;
- Uso precoce de ocitocina e amniotomia para prevenção de Trabalho de Parto prolongado;
- Ocitocina associada a peridural para prevenção de Trabalho de Parto prolongado;

- Atiespasmódicos para prevenção de demora do Trabalho de Parto;
- Infusão de soroterapia intravenosa rotineira;
- Episiotomia de rotina ou liberal, por associar-se a efeitos adversos como: extensão para lacerações de terceiro e quarto graus, disfunção do esfíncter anal e dispaurenia;
- Manobra de Valsalva para coordenação de puxos, pois aumenta o risco de hipóxia fetal;
- Pressão fúndica, manobra de Kristeler, pois seus riscos incluem rotura uterina, lesões perineais graves, tocotraumatismo e maior hemorragia materno-fetal;
- Massagem uterina contínua em mulheres que recebem ocitocina profilática;
- Aspiração de boca e nariz em neonatos nascidos com líquido amniótico claro que comecem a respirar espontaneamente por conta própria após o nascimento;

Atentar para os sinais e condutas durante o período final do trabalho de parto e expulsivo:

<b>SINAIS</b>	<b>CONDUTAS:</b>
Bradicardia leve, Desacelerações variáveis, Desacelerações precoces	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controlar os Batimentos Cardio Fetal com maior frequência,</li> <li>2. Manter a paciente em DLE</li> <li>3. Monitoração eletrônica (CTG), se disponível</li> <li>4. Conferir se a gestante encontra-se em jejum prolongado e oferecer glicose via oral e/ou IV</li> <li>5. Comunicar ao médico obstetra responsável</li> <li>6. Anotar no partograma e no impresso de evolução clínica</li> </ol>
Bradicardia persistente Desacelerações tardias	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Considerar realizar os 4 primeiros itens dos “sinais” anterior (Bradicardia leve)</li> <li>2. 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</li> </ol>

	<p>monitorar o BCF a cada 5 minutos).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Assistência segundo normas de alto risco.</li> <li>Comunicação imediata ao médico obstetra responsável que deverá assumir a condução do caso.</li> </ol>
Parto prolongado segundo partograma	<ol style="list-style-type: none"> <li>Considerar as quatro horas previstas no partograma, entre as linhas de alerta e a de ação para fazer as devidas correções e, ultrapassando a linha de ação comunicar imediatamente ao médico obstetra que deverá assumir a assistência.</li> <li>Reavaliar antecedentes de patologia cervical, proporção feto-pélvica e contratilidade; corrigir hipodinamia; controle em duas horas.</li> <li>Se não houver progresso, amniotomia; controle em duas horas; se não evoluir, o médico obstetra deve conduzir segundo normas de alto risco.</li> </ol>
Líquido amniótico meconial	<ol style="list-style-type: none"> <li>Estando o líquido amniótico fluido, até 2/4+, feto coroadado e BCF normal (entre 120 e 160 bat./min), o Enfermeiro Obstetra continuará na assistência com controles mais freqüentes do BCF, devendo anotar na evolução clínica da paciente e no partograma.</li> <li>Estando o líquido amniótico de moderado à espesso (&gt; ou = a 3/4+) será feita assistência segundo normas de alto risco com comunicação imediata ao médico obstetra responsável, que deve assumir a condução do caso.</li> </ol>

OBS: O Enfermeiro somente poderá atuar como segundo cirurgião em procedimentos cirurgicos de urgência/emergência se houver ausência de qualquer outro médico no hospital (Cirurgião, Neonatologista, pediatra, ortopedista, anestesista, residentes e internos) – Resolução Cofen 280/2003.

## CONDUÇÃO, INDUÇÃO OU O MATURAÇÃO DO COLO UTERINO

### Indução:

Estímulo para atividade uterina através de drogas, após 28 semanas de gestação e antes do trabalho de parto espontâneo. (Zugaib).

O agente uterotônico eleito para este fim, nesta instituição, será a Ocitocina que deverá ser administrada por via endovenosa – 05 Unidades em 500 ml de um SRL ou SG5% para iniciar, com um gotejamento de 8 gotas por minuto – no caso da indução – oferecendo a possibilidade de ser aumentado 4 gotas por minuto a cada 15 minutos (ou 12ml/hora a cada hora), até um total de 40 gotas por minuto (ou 120 ml/hora), devendo parar assim que obtiver resposta. Deverá ser considerado falha de indução caso não responda após 2 horas de infusão máxima.

São Indicações para a indução: Colo uterino desfavorável, Hipomotilidade uterina ou Hipotonia (< que 8 mmHg de tônus e duração < que 30 seg.), Parada de progressão, Falha de maturação do colo uterino por prostraglandina, Bradsistolia (diminuição da frequência para duas contrações por 10 minutos, ou menos que isto, após o início do Trabalho de parto), correção da evolução anômala do TP com a intenção de diminuir as indicações de Partos cesarianos por falha de indução ou Distócia funcional.

São contra indicação para a indução do trabalho de parto: Gestação múltipla, mecônio anteparto, apresentações anômalas, sofrimento fetal, cicatriz uterina anterior, placenta prévia, infecção ativa por herpes genital, macrossomia, desproporção céfalo pelvica e carcinoma genital invsivo.

### Condução do TP:

É a utilização de técnicas ou drogas com o objetivo de adaptar, corrigir ou controlar os padrões de contrações uterinas adequados a cada fase do trabalho de parto. Adequação das contrações iniciadas espontaneamente (Zugaib)

No caso da condução, deverá ser mantida a posologia proposta para iniciar a indução e acompanhado de perto com dinâmica uterina ou cardiografia contínua, podendo ser suspenso ou reintroduzido o uterotônico assim que o profissional que estiver acompanhando o trabalho de parto avaliar

e julgar haver necessidade conforme as condições clínicas da gestante e descritas neste protocolo.

Deverão ser indicadas por Enfermeiro Obstetra em consonância com o Médico Obstetra, após a parturiente ter sido internada e ser encaminhada ao Pré-Parto e já estiver acomodada no leito para início da conduta desde que, a gestante se enquadre nas indicações propostas e já tenha sido resolvido todas as condições propícias para iniciar até que, se instale qualquer distócia ou ainda, até que se observe qualquer outra complicação ou contra indicação, conforme mencionadas no ítem 4 (contra indicação para indução). (Zugaib).

Uterotônicos: (ocitócitos) – Usado para indução ou condução do trabalho de parto ou ainda como administração profilática ou terapêutica para sangramento aumentado (atonía ou hipotonia uterina no quarto período do parto ou puerpério imediato).

- No HRG o uterotônico eleito para uso rotineiro da indução do trabalho de parto é a Ocitocina quando bishop  $\geq 6$
- Quando o sangramento pós parto normal for maior que 300ml, houver sido posicionado a paciente em trendelemburg, já realizado as 20 unidades de ocitocina IM (ou no soro glicosado ou Lactato aberto), ter sido conferido a possibilidade de laceração do colo ou canal de parto e, ainda assim continuar o sangramento, deverá ser conferido a PA da puérpera e realizar 1 ampola de ergotmetrina IM (Also, 2009). Esse procedimento deve ser realizado com participação ativa do Médico Obstetra.

## 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, score 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 BCFa 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;

Fazer hidratação com SRL 500 ml IV rápido;

Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo;

Oferecer O<sub>2</sub> por máscara a 3 l/min;

Avaliar pressão arterial;

Comunicar o médico obstetra;

Fazer toque vaginal para avaliar dilatação cervical e possível prolapso de cordão;

Preparar a gestante para uma possível cesariana se as condições fetal 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 Obstetrícia –

CAOG;

Iniciar com doses de 1 a 2 UI/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.

## PROSTAGLANDINAS:

A maturação cervical consiste no processo pelo qual o colo uterino se altera de uma estrutura fechada, determinada a manter a gestação intrauterina, para uma estrutura macia, complacente, capaz de se dilatar e acomodar a passagem do feto.

Se faz necessária quando o colo encontra-se na condição de fragmentação e solubilização do colágeno proporcionando o aumento dos componentes da substância amorfa do colo tornando-o tenso e espástico. (Zugaib Obstetrícia – 2 edição, pág.341 e Prot. Assist. Clínica Obstétrica da FMUSP, 1ed. Pág.74)

Nem sempre o colo encontra-se solicitado pela apresentação fetal, o que comprometerá o esvaecimento por ausência de condições que promovam o apagamento cervical, desta forma, em algumas situações que por si só indicam o início do trabalho de parto, quando isso não aconteceu espontaneamente, há necessidade de realizar o processo de maturação

cervical , precedente a indução.

#### **a) Prostaglandina (misoprostol)**

Esse medicamento promove a maturação cervical mas também as induz contrações uterinas mesmo em doses baixas (25 µg). Acredita-se que ele provoque a maturação cervical de forma indireta, devido à atividade uterina, característica que deve ser levada em consideração, uma vez que o processo de maturação cervical fisiológico ocorre fundamentalmente por alterações locais e independentes da contratilidade uterina.

Ao administrar o misoprostol, deve-se avaliar previamente a vitalidade fetal por meio da cardiotocografia e, caso seja possível, realizar amnioscopia, afastando-se a presença de mecônio anteparto. Após assegurar-se da boa vitalidade do feto, realiza-se a aplicação do misoprostol 25 µg no fórnice vaginal posterior. Recomenda-se realizar cardiotocografia para acompanhamento. A dinâmica uterina deve ser realizada se presente contrações e o índice de Bishop deve ser reavaliados 4 horas depois da primeira dose. Caso a maturação cervical não tenha ocorrido e não se observem contrações uterinas rítmicas, pode-se aplicar mais uma dose.

A apresentação mais comumente utilizada é a vaginal, podendo também ser utilizada por via oral.(Zugaib Obstetrícia, 2 Ed. Pág. 343)

#### **b) Prostaglandina (dinoprostona)**

O uso dessa droga associa-se claramente à redução do intervalo entre o início da indução e o parto, bem como ao decréscimo dos índices de cesáreas, quando comparado a casos nos quais se utilizou somente a ocitocina. (Zugaib Obstetrícia ed 2; pág. 342).

No caso do CPN do HRG esta será a segunda opção e será realizada com acompanhamento do médico.

Pode ser administrada pelas vias oral, endocervical e vaginal, sendo os melhores resultados obtidos com o uso endocervical e vaginal. As apresentações mais comumente distribuídas são gel e pessário, para maturação cervical.

A apresentação endocervical contém 0,5 mg de dinoprostona diluído em 2,5 mL de gel. Já a formulação para inserção vaginal tipo pessário contém 10 mg da

droga, que são liberados de forma lenta na proporção de aproximadamente 0,3 mg/h pelo período de 12 a 24 horas

Antes da administração deve-se avaliar a vitalidade fetal por meio da cardiotocografia e do perfil biofísico fetal e, caso possível, realizar amnioscopia para afastar a hipótese de presença de mecônio anteparto.

Realiza-se a aplicação da Dinoprostona (gel endocervical ou aplicação vaginal), seguida pela monitorização fetal contínua (cardiotocografia) pelo período de 2 horas.

Em caso de utilização de gel endocervical, deve-se proceder à avaliação do colo uterino em intervalos de 6 horas; constatada a ausência de maturação cervical, pode-se repetir a aplicação do medicamento no máximo por três vezes (uma dose a cada 6 horas).

Quando usada a apresentação para inserção vaginal, a reavaliação do colo uterino acontecerá habitualmente depois de 12 a 24 horas da administração do medicamento.

Tabela II. Índice de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatação	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm
Esvacimento (%)	0-30	40-50	60-70	80
Altura da apresentação	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2
Consistência	Firme	Média	Amolecida	-
Posição	Posterior	Medianizada	Anteriorizada	-

Tabela adaptada de Bishop.<sup>12</sup>

## 11-FISIOTERAPIA NA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO, PARTO, PUERPÉRIO E RECÉM-NASCIDO

- Acolher a gestante e recém-nascido realizando a avaliação do quadro clínico e detalhes determinantes para definição de linha terapêutica, levando em consideração ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção e reabilitação do paciente.<sup>20</sup>
- O fisioterapeuta deixará claro a gestante a forma de terapia que será utilizada durante todo o atendimento no pré parto e parto, incluindo deambulação e métodos posturais durante período de evolução da dilatação e período de expulsão; em parceria com toda a equipe<sup>20</sup>

**A atuação se dá sob os seguintes pontos:**<sup>20</sup>

- Em atuação conjunta com equipe médica e de enfermagem o 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;

- Após a avaliação da gestante será elaborado pelo fisioterapeuta plano de atuação para que esta fase possa transcorrer de forma mais rápida e menos sofrível a gestante, utilizando-se de recursos não farmacológicos para alívio da dor<sup>47</sup> conforme a tabela de sugestão abaixo:

Quadro 4: Recursos não farmacológicos na fase ativa do trabalho de parto

Dilatação cervical	Recurso terapêutico	Tempo	Técnica
3-5 cm	Chuveiro	Mínimo 20 min	Jato de água morna na região lombossacral e/ou baixo ventre. Decúbito lateral esquerdo, quatro apoios, sentada, ortostática. Quatro eletrodos na região entre T10-L1 e S2-S4.
	*Mudanças de posturas	15 minutos (cada)	
	Deambulação ENT	Livre Mínimo 30 minutos	Deslizamento, amassamento e pressão entre T10-L1 e S2-S4.
	Massagem	Durante as contrações	
6-7 cm	Chuveiro	Mínimo 20 minutos	Idem anterior.
	Banho de imersão	Livre	
	Massagem	Durante as contrações 15 minutos (cada)	Idem anterior
	*Mudança de posturas		Respiração lenta e profunda.
	Técnica respiratória	Durante e entre as contrações Intervalo entre as contrações	Relaxamento muscular progressivo, visualizações etc.
	Relaxamento		
8-10 cm	Associação de recursos		
	Banho de imersão	Livre	
	*Mudança de posturas	15 minutos (cada)	Idem anterior
	Técnica respiratória		
	Relaxamento	Durante e entre as contrações Intervalo entre as contrações	Idem anterior
Associação de recursos		Idem anterior	

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

- Orientar e aplicar as técnicas de alívio da dor, conforme avaliação da paciente e a evolução da dilatação e descida do bebê: posturas, massagens, banho, exercícios, acupressão, relaxamento, respirações apropriadas, entre outras<sup>47</sup>.

### A) TENS<sup>37</sup>

SUGESTÃO PARA UTILIZAÇÃO :Frequentemente utilizadas frequências altas (80 a 100 Hz), menor duração de pulso (75 a 100 µs) e intensidade conforme a sensibilidade da parturiente. Os eletrodos de 5,0 x 9,0 cm são fixados nas regiões paravertebrais, altura de T10-L1 e na região lombossacral entre S2 e S4, Tempo mínimo de aplicação 20min<sup>37</sup>.

### B) TÉCNICAS RESPIRATÓRIAS<sup>37</sup>:

- Os exercícios respiratórios podem não ser suficientes na redução da sensação dolorosa durante o primeiro estágio do trabalho de parto, porém são eficazes na redução da ansiedade e na melhora dos níveis de saturação materna de oxigênio. Nesta fase, prioriza-se a respiração torácica lenta com inspiração e expiração profundas e longas em um ritmo natural, sendo realizada no momento das contrações uterinas<sup>37</sup>.
- Entre as contrações– Padrão Ventilatório diafragmático.
- Durante as contrações - Padrão Ventilatório apical

- durante o período expulsivo estimular a parturiente a realizar a expiração freno labial com retardo respiratório, assim como a vocalização no momento do puxo com a expiração com “AAAAA” OU “EEEEEE”<sup>37</sup>

### **C) MOBILIZAÇÕES PÉLVICAS/ BOLA SUIÇA<sup>37</sup>**

- Estimular os movimentos pélvicos laterais, rotacionais, utilizando-se de recursos disponíveis como bola, cama, cadeira, música;
- Estimular a deambulação no espaço do PPP e pelo hospital se a gestante o desejar e estiver em condições para tal<sup>37</sup>.

### **NA FASE DE EXPULSÃO**

- Orientar a parturiente que esta não faça manobra de valsalva e nem puxo dirigido, estimulando a parturiente a realizar a expiração freno labial com retardo respiratório, assim como a vocalização no momento do puxo com a expiração com “AAAAA” ou “EEEEEE”<sup>37</sup>
- Na ocorrência da parturiente gritar, esta não deverá ser reprimida em hipótese alguma, tendo o grito, nessa fase o mesmo efeito da expiração lenta;
- Durante a saída do feto, estando a parturiente em posição vertical, em comum acordo com médico / enfermeiro obstétrico, auxiliar na contenção do períneo posterior, evitando laceração importante<sup>37</sup>.

### **PÓS DEQUITAÇÃO**

- ajudar à parturiente no cuidar do RN, estimular o contato pele-a-pele e o aleitamento precoce.
- no caso de ocorrência de episiotomia ou laceração realizar orientações referentes a recuperação do assoalho pélvico: analgesia nas primeiras 72h compressa com gelo 20min/4x ao dia no local (preservativo preenchido com água congelado envolto em compressa), aprendizado de contrações da musculatura do assoalho pélvico como prevenção de incontinência urinária e prolapsos dos órgãos pélvicos, orientação sobre higienização da região com água e sabão;

Avaliação de Diástese do Músculo Reto Abdominal e na presença do mesmo, orientação para tratamento inicial e encaminhamento. Ajudar à parturiente no cuidar do RN, estimulando o contato pele-a-pele e o aleitamento precoce<sup>37</sup>.

## **11- TÉCNICO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE E AO RECÉM NASCIDO**

O Técnico de Enfermagem (TE) tem, sua atuação técnica e legal respaldada pela Lei 7498/86<sup>4</sup> no seu artigo 7º e deverá atuar sob supervisão direta do enfermeiro. As questões éticas são amparadas pela Resolução Cofen 564/2017<sup>26</sup>.

Os Técnicos de enfermagem deverão, antes de acomodar as pacientes no leito considerar os critérios abaixo descritos: <sup>13</sup>:

- Atender a paciente com cordialidade e respeito.
- Organizar o leito para receber a paciente (e RN, quando for o caso).

- Admitir a paciente e registrar as condições clínicas no momento da internação. Anotar no prontuário, com data, horário e assinatura com número do registro profissional.
- Realizar os procedimentos de rotina e as medicações indicadas no prontuário ou protocolo. Realizar acesso venoso apenas se prescrito (devendo utilizar gelco 14 ou 16).
- Verificar, rotineiramente, os sinais vitais a cada 6 horas (ou menos, conforme a prescrição). Registrar adequadamente nos impressos próprios e comunicando as anormalidades ao enfermeiro obstetra e/ou médico.
- Cumprir a prescrição de enfermagem (SAE) ou médica.
- Auxiliar o enfermeiro obstetra e/ou médico durante os procedimentos realizados na unidade, tanto durante o acompanhamento do trabalho de parto como também durante o parto e o puerpério.
- Não realizar medicação nenhuma por ordem verbal e quando realizar, nos casos de urgência, anotar medicação e horário para posterior prescrição e checagem, fazer conforme as determinações definidas nas Resoluções Cofen 564/2017<sup>26</sup> e 487/2015<sup>23</sup>.
- Solicitar sempre a avaliação e parecer do enfermeiro ou médico para os casos excepcionais, não contemplados neste protocolo, ou sempre que tiver dúvida. Anotar nos impressos apropriados.
- Checar equipamentos e materiais de consumo do setor.
- Preparar o leito para a próxima internação.

## 12-PSICOLOGIA NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE E SUA FAMÍLIA

Desde o final da década de setenta, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define "saúde" não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social<sup>42</sup>. *Sendo assim, a Psicologia da Saúde tem como objetivo a promoção e manutenção da saúde e à prevenção da doença, com a finalidade principal de compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos* <sup>1</sup>.

Segundo, Arrais, A. R., & Mourão, M. A. (2013)<sup>2</sup>, o psicólogo hospitalar atua como minimizador da angústia e da ansiedade do paciente, "*favorecendo a expressão dos sentimentos e auxiliando na compreensão da situação vivenciada*", proporcionando a verbalização das fantasias, bem como reforçando a confiança entre a tripla dimensão de intervenção: paciente, família e equipe de saúde.

Partindo da premissa defendida pela OMS que o objetivo da assistência ao parto é garantir o Bem Estar do binômio mãe-filho, respeitando o direito das mulheres, propiciando um atendimento humanizado; o paciente deve ser visto como um todo na situação em que ali se encontra. Desta maneira, *“A integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcance a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente e assim, transcendendo a noção de conceito de saúde, de que a ausência de enfermidade significa ser saudável”*<sup>36</sup>.

A gravidez, o nascimento e o parto são eventos sociais, singular, de uma experiência especial no universo da mulher e seu parceiro, envolvendo também suas famílias, constituindo uma das experiências humanas mais significativas, para todos que dela participam<sup>8,9</sup>. Desta forma, o psicólogo Hospitalar na Maternidade atua frente às fobias, medo e fantasias relacionadas á a gravidez, parto e puerpério buscando a saúde emocional desta e evitando e facilitando o enfrentamento das doenças e transtornos advindos deste período como gravidez de alto risco; depressão, depressão pós-parto, psicose puerperal, entre outras <sup>35</sup>.

Arrais, A. R., & Mourão, M. A. (2013)<sup>2</sup> enfatizam no seu artigo a importância da atuação do psicólogo na obstetrícia. Porém, colocam que ainda existe pouco respaldo teórico para essa atuação, principalmente quanto à sistematização de protocolos de atuação do psicólogo neste serviço<sup>2</sup>.

Sendo assim, o Serviço de Psicologia do HRG pretende expor neste documento a rotina de assistência psicológica construída no setor da Obstetrícia do HRG, as quais preveem uma prática humanizada de atendimento às pacientes durante o período de parto, nascimento e puerpério.

## **A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DO HRG.**

O Serviço de Psicologia do HRG atua no Setor da Obstetrícia de forma multidisciplinar a fim de atender as necessidades da instituição e contribuir para o bem estar das nossas pacientes e familiares, desde a sua chegada à unidade até a alta hospitalar. É realizada assistência conforme rotinas e protocolo construídos a partir da vivência da equipe, das visitas técnicas a outras maternidades de Referências, da literatura científica

disponível sobre a atuação do psicólogo nesta área específica e com base na Proposta do protocolo de atuação do psicólogo na maternidade e UTIN de uma maternidade particular de Brasília- DF <sup>2</sup>.

#### **A) ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NA INTERNAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Compreende o atendimento individual às parturientes, puérperas e/ou familiares que por algum motivo estejam passando por alguma dificuldade, devido ao processo de internação, gestação, parto, dificuldades. Realizada mediante a solicitação da equipe, cabendo ao psicólogo realizar:

- Acolhimento à gestante e acompanhante;
- Suporte emocional aos fatores relacionados à consulta médica e internação;
- Avaliação e encaminhamento para os profissionais especializados de acordo com a necessidade da gestante.

#### **B) ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NO PRÉ-PARTO/ EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**

Acompanhamento da parturiente durante o trabalho de parto com realização de técnicas psicológicas (escuta ativa, orientações, atividades de relaxamento) para alívio da dor e suporte emocional, realizando:

- Visita de rotina às parturientes no PPP;
- Acompanhamento psicológico para auxílio do alívio não farmacológico da dor e ansiedade;
- Orientações e desmistificações sobre tipos de parto e procedimentos a serem realizados;
- Incentivar a participação do pai ou do acompanhante durante todo o processo;
- Mediar à comunicação entre a parturiente e equipe multiprofissional quando necessário, discutindo com as equipes pontos de fragilidade emocionais verificados durante o atendimento;
- Zelar pelas práticas de parto humanizado, segundo as recomendações da OMS.

## **C)ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NO TRABALHO DE PARTO – CENTRO OBSTÉTRICO**

Acompanhar a parturiente na sala de parto de forma a proporcionar segurança e apoio no momento do parto seja natural ou Cesário:

- Oferecer apoio emocional as parturientes que apresentem fragilidade emocional como ansiedade, medo, fantasias ou quando solicitado pela paciente, familiar ou equipe;
- Intermediar a comunicação entre paciente, família e equipe, inclusive os familiares que estão aguardando do lado de fora do C.O.

## **D)ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NO PÓS-PARTO – ALCON**

Avaliação do estado emocional da puérpera como: aceitação da maternidade, Integração da mãe, do pai e do filho, sinais de depressão, vínculo mãe-bebê e processo de amamentação. A atuação do psicólogo da obstetrícia acontecerá em três níveis principais:

### **Atenção às pacientes internadas:**

- Avaliação Psicológica do Estado Emocional da Paciente e Exame Psíquico, orientando sobre os cuidados emocionais com o bebê;
- Contribuir no processo de alta hospitalar e participação no Projeto Multidisciplinar “Cegonha Educativa” com orientações sobre aleitamento materno e vínculo mãe-bebê, puerpério, consulta pós-parto e cuidados com RN (teste pezinho, vacinação, e acompanhamento da saúde da criança) e registro de nascimento.
- Dar orientações preventivas nos cuidados da depressão pós-parto;
- Encaminhar paciente a outros profissionais ou serviços, quando necessário;

### **Atenção aos familiares e/ou acompanhantes**

- Apoio, suporte emocional e orientações aos familiares e/ou acompanhantes das pacientes internadas, quando necessário;

### **Atenção à equipe de saúde**

- Auxiliar nas dificuldades do trabalho da equipe de saúde, propondo discussão de casos e Inter-consulta.
- Elaborar e fornecer parecer psicológico sobre as pacientes.

## **E) ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NA UCIN**

Prestar assistência aos pais e/ou familiares com bebê internado na UCIN proporcionando um suporte emocional e favorecendo para que este evento possa ser vivenciado da melhor maneira possível, tanto para os pais, visitante quanto para o bebê. Para tanto, cabe ao psicólogo:

- Promover ambientação da UCN orientando quanto às rotinas do setor no momento da admissão do RN;
- Orientações sobre a importância da relação pais-bebê, do contato físico, comunicação e amamentação; bem como orientações sobre Método Canguru, estimulando o contato pele a pele, entre mãe e bebê.
- Possibilitar aos familiares expressar suas dificuldades e sentimento em relação a esta situação;
- Identificar possíveis necessidades de atendimentos individuais sistemáticos, identificando e orientando nos cuidados a Puérpera sobre depressão pós-parto;
- Preparação emocional da Puérpera para procedimentos em RN e para alta hospitalar do mesmo;;
- Acompanhamento dos familiares do RN no horário da visita á unidade;
- Realização de Inter consulta com equipe médica e discussão de casos clínicos;

## **F)ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA NAS SITUAÇÕES DE ÓBITO MATERNO/FETAL**

Atendimento com a finalidade de favorecer a elaboração do luto; prevenindo traumas obstétricos futuros e a instalação do luto patológico. Neste momento, cabe ao psicólogo:

- Participar (quando necessário) do momento da notícia do óbito;
- Realizar suporte emocional à família da paciente, mediante das reações emocionais exteriorizadas;
- Proporcionar momento de despedida e elaboração do luto entre pais e bebê, facilitando a expressão das emoções positivas em relação ao filho, incluindo visita ao necrotério caso seja solicitado e se o familiar tiver condições psicológicas para tal;
- Encaminhar família para Serviço Social e/ou Portaria para realização de procedimentos burocráticos em relação ao óbito.

Cabe ainda ressaltar que as intervenções psicológicas na Obstetrícia são realizadas na própria enfermaria/leito onde a paciente estiver internada. O psicólogo responsável deverá responder as solicitações de avaliações e acompanhamentos realizadas pela equipe multiprofissional e médica, além das rotinas pré-estabelecidas neste protocolo; realizando sempre o levantamento do perfil psicológico da paciente, através da Avaliação Psicológica, Exame Psíquico e Acompanhamento psicológico.

Toda intervenção deverá ser registrada na prescrição da paciente, bem como nos documentos internos do Serviço de Psicologia para continuidade do acompanhamento e relatórios futuros.

## **13-FONOAUDIOLOGIA NA ASSISTÊNCIA AO RECEM-NASCIDO**

### **OBJETIVOS**<sup>38,44</sup>

- Adequação do sistema sensório motor oral para promover alimentação segura e eficaz;
- Promover e incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
- Promover o bem estar do RN, família e equipe multiprofissional;
- Humanização do ambiente, regulação dos estímulos ambientais (luz e ruído);
- Diminuir o tempo de internação do RN;

### **METODOLOGIA**<sup>38,44</sup>

Recém-nascidos pré-termos ou a termo de risco, podem apresentar dificuldades para se alimentar eficientemente por via oral, devido imaturidade do sistema sensório motor oral ou de malformações anatômicas que envolvem estruturas que participam da sucção e deglutição.

As características mais encontradas nestes RNs são: incoordenação de sucção-deglutição- respiração, sucção ineficiente, movimentos incoordenados de língua e mandíbula, curva descendente de peso, fadiga excessiva durante as mamadas e história de regurgitações e/ou aspirações frequentes.

O Fonoaudiólogo é o profissional habilitado, pois possui conhecimentos específicos quanto à avaliação e tratamento das alterações de sucção e deglutição em RNs pré-termos e a termo de risco, promovendo mudanças significativas nas funções de sucção e deglutição, realizando técnicas de estimulação do sistema sensório motor oral, manobras facilitadoras para deglutição, mudanças posturais determinam o instrumento da oferta da dieta e suspende alimentação por via oral quando necessário.

O Fonoaudiólogo interage e orienta a equipe multiprofissional quanto ao manejo das técnicas da alimentação segura dos RNs, a fim de favorecer a redução da internação hospitalar, atendendo as exigências do Ministério da Saúde quanto à ação humanizada e diminuição da mortalidade infantil.

Cabe a equipe médica determinar sob o ponto de vista clínico geral do RN, o momento adequado para iniciar o acompanhamento fonoaudiológico. Os RNs recebem assistência antes, durante e após o processo de instalação da via oral exclusivo<sup>38,44</sup>.

### **ALEITAMENTO MATERNO**

Em relação ao aleitamento, a intervenção consistirá no encorajamento e orientação à mãe sobre as vantagens nutricionais, imunológicas, enzimáticas e hormonais do leite materno e sobre possíveis maneiras para manter a produção do leite materno. Faz-se muito importante neste ponto o trabalho junto ao banco de leite humano, onde profissionais habilitados irão orientar e auxiliar as mães quanto a ordenha e armazenamento do leite materno<sup>25</sup>.

Na avaliação da mamada, o Fonoaudiólogo observa dois pontos chaves: Posicionamento e pega. A posição inadequada da mãe e/ou RN na amamentação dificulta posicionamento correto da boca do RN em relação ao complexo aréolo-mamilar, resultando no que se denomina de má pega. Esta, por sua vez interfere na dinâmica de sucção e extração do leite, podendo gerar traumas mamilares, dor e desconforto para a mãe, dificultando inclusive a continuidade do aleitamento, caso não seja devidamente corrigida<sup>25</sup>.

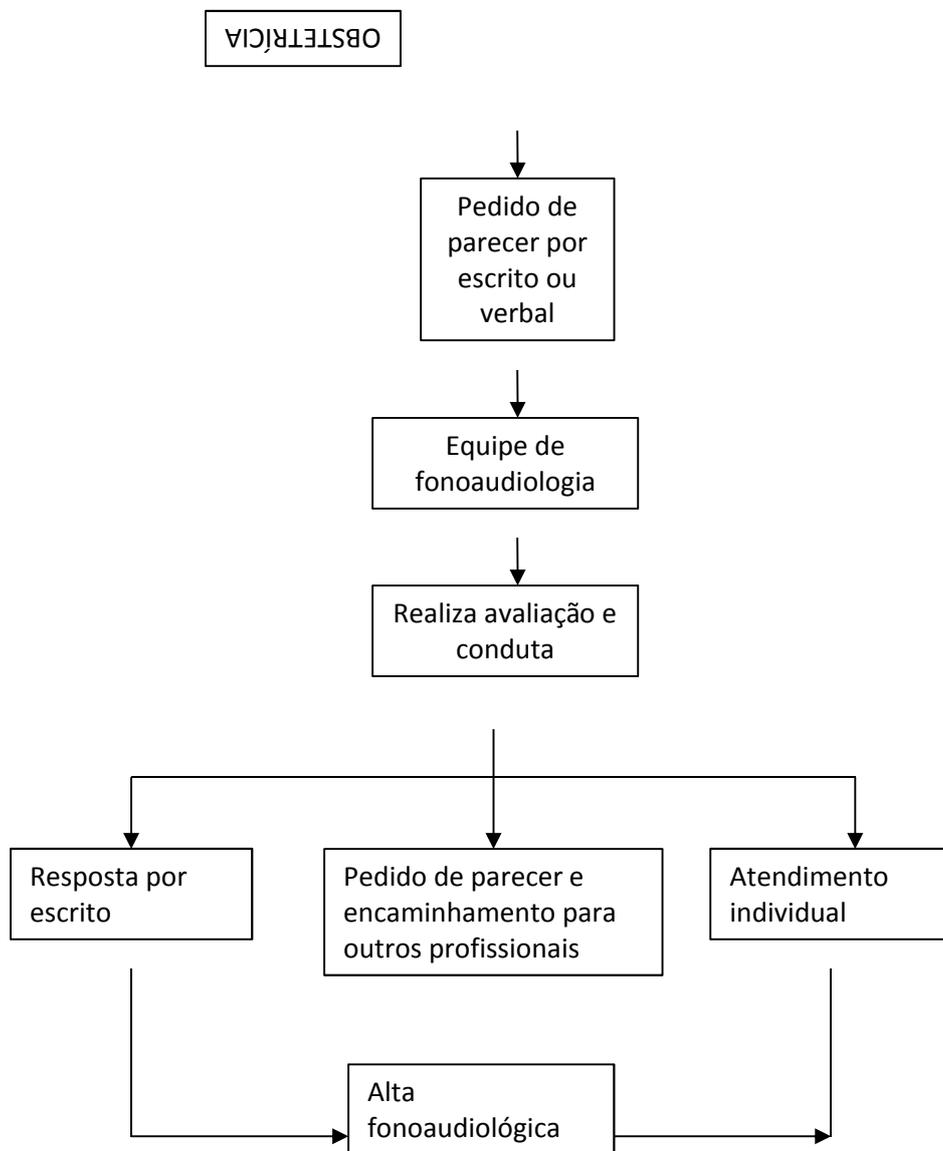
### **Rotinas ALCON/OBSTETRICIA**

- A visita para orientação das puérperas é rotina.
- O atendimento nesta unidade é mediante triagens e avaliação da sucção e orientação sobre aleitamento materno.
- A equipe de fonoaudiologia irá realizar a avaliação e conduta para o atendimento que irá variar de acordo com o diagnóstico do paciente.
- Está apto a responder pareceres com orientações à família;
- Solicitar pedidos de pareceres com encaminhamentos para outros profissionais;
- Encaminhar ao BLH e atendimento das mães vindas de outras unidades;
- Realizar atendimento, que será individual, com técnicas de estimulação de acordo com a patologia diagnosticada.
- O paciente receberá alta quando estiver com o padrão adequado de sucção ao seio materno sem riscos de complicações e a mãe orientada.
- O atendimento será diário, se após a avaliação ficar caracterizado a necessidade do fonoaudiólogo.
- Realizado teste da lingüinha e se necessário é encaminhado para a equipe de odontologia para procedimento da frenulectomia.
- Teste da orelhinha aguardando equipamento, sendo um exame obrigatório e gratuito para o RN.

O atendimento se dará nos casos de:

- Recém-nascido não apresentar sucção-não-nutritiva ou nutritiva;
- Recém-nascido com dificuldade para sugar ou abocanhar o seio materno;
- Incoordenação de sucção / respiração / deglutição
- Transição de sonda para V.O. ;
- Ausência ou debilidade dos reflexos orais;

- Sucção fraca;
- Ptose de língua;
- Falhas respiratórias ou apenas durante a alimentação;
- Reflexo de vômito exagerado e episódios de tosse durante a alimentação;
- Início de dificuldade de alimentação;
- Diagnóstico de disfagia;
- Irritabilidade severa de problemas comportamentais durante a alimentação;
- Histórias de pneumonias;
- Preocupação com a aspiração;
- Período de alimentação mais longo que 30 ou 40 minutos;
- Recusa de alimento inexplicável;
- Transtorno transitório de deglutição;



Fluxograma elaborado pela equipe de Fonoaudiologia do HRG, POP 2017.

## 14- ROTINAS DO BANCO DE LEITE:

A) Rotinas no Alcon (Pos-parto)- Visita leito a leito – Todos os binômios para:  
-Avaliação e auxílio no manejo (posicionamento, pega da mama, acompanhar pelo menos uma mamada),<sup>12</sup>

-Orientações diversas: benefícios, cuidados com as mamas, alimentação, possíveis dificuldades, enfatizando o aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno complementar<sup>12</sup>.

-Orientação específica sobre o Banco de Leite Humano- Doação de leite atribuições, funções do Banco de leite Humano; atendimento requisitos para cadastro<sup>14,15</sup>.

-Reavaliar o binômio e reforçar as orientações sempre que necessário ou requisitado pela equipe multiprofissional.

-Realizar massagem de estimulação das mamas e auxiliar, orientar a ordenha do leite materno sempre que necessário.

B) NA UCINco do BLH

-Visitar diariamente o setor.

-Tomar ciência do quadro clínico de cada RN.

-Observar /verificar se a prescrição de leite humano ordenhado e pasteurizado (LHOP).

-Requisitar prescrição do leite humano ordenhado e pasteurizado (LHOP) ao pediatra (para levar ao banco de leite humano).

-Proceder o descongelamento, posicionamento, identificação e encaminhamento do leite ao UCINco (suficiente para 24 horas)<sup>14</sup>.

-Realizar a primeira massagem de estimulação das mamas e ordenha do leite das mães dos RN's, demonstrando como as mesmas deverão proceder, ensinando a auto ordenha, e após as mesmas, identificar e encaminhar os frascos com leite materno ordenhado (LMO) para o UCINco (M e T)<sup>14</sup>.

-Avaliar a aceitação do leite humano processado<sup>15</sup>.

-Anotar no prontuário tudo que foi realizado.

## 15- ASSISTENTE SOCIAL

### A- INTERNAÇÃO/ADMISSÃO<sup>46</sup>

- Encaminhamentos sociais (quando há necessidade de transferência para hospital de referência e internação de urgência);
- Contato e parceria com a rede em casos de amparo social (violência e questões judiciais)
- Atender as solicitações da equipe, quando acionadas;
- Orientações Gerais em atendimento às demandas;

### B- ADMISSÃO NO PPP

- Preencher a ficha social de todas as gestantes admitidas no PPP juntamente com acolhimento<sup>46</sup>;
- Garantia dos direitos e deveres do acompanhante no processo de tratamento do paciente no SUS e inserção do serviço social no atendimento humanizado<sup>39</sup>.

## C- TRANSFERENCIA DO BINOMIO PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO

- Visita social aos leitos<sup>46</sup>;
- Colaborar no acompanhamento semanal ao Programa Rede Cegonha<sup>39</sup>;
- Contra referência (agendar a primeira consulta da puérpera e do bebê)<sup>46</sup>;
- Orientações Gerais em atendimento às demandas<sup>46</sup>;
- Abrir espaço para escuta, orientação e reflexão<sup>40</sup>;
- Fortalecer o tratamento, estimulando a participação ativa da família<sup>40</sup>;
- Socializar as informações aumentando o compromisso dos acompanhantes e o nível de conscientização;
- Estratégias através de folder informativo e dialogo<sup>46</sup>.

## 16- AVALIAÇÃO BUCAL DE RECÉM-NASCIDOS (RN) E TESTE DA LINGUINHA -ODONTOLOGIA.

### 1. Objetivos:

- Diagnosticar e tratar precocemente as alterações do frênulo lingual (anquiloglosia) ou “língua presa”, evitando dificuldades na amamentação, desmame precoce, e posteriormente alterações na mastigação e fala<sup>18,29</sup>.
- Avaliar possíveis manifestações bucais presentes nos recém-nascidos, como dentes neonatos, cistos, fenda palatina.
- Promover a saúde bucal, orientando a puérpera em relação aos cuidados orais, tanto da mãe quanto do bebê.

### 2. Protocolo:

Todos os RNs que estão internados no Alojamento Conjunto do Hospital, passam pela consulta com os Cirurgiões Dentistas, em conjunto com a equipe de Fonoaudiologia, onde é realizado o teste para detectar alterações de língua e demais anomalias na cavidade oral do RN. Segundo a Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014 é obrigatório a realização da avaliação do frênulo da língua e bebês em Maternidades do Brasil<sup>18</sup>.

A **anquiloglossia** é uma anomalia de desenvolvimento da língua, caracterizada pelo freio lingual curto, resultando na limitação dos movimentos da língua<sup>29,41</sup>.

O método aplicado para o diagnóstico de Anquiloglossia é o **Instrumento Bristol de Avaliação da Língua (BTAT)**, apresentado a seguir, sugerido de acordo com a Nota Técnica do Ministério da Saúde nº09/2016.

Aspectos avaliados	0	1	2	Pontuação (escore)
Aparência da ponta da língua	Forma de coração	Ligeira fenda/entalhada	Redonda	
Fixação do frênulo no alvéolo	Anexada na parte superior (topo) da gengiva	Anexado na face interna da gengiva/atrás	Anexado ao meio do assoalho da boca	
Elevação da língua durante o choro com a boca aberta	Elevação mínima	Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
Protrusão da língua sobre a gengiva	Ponta da língua atrás da gengiva	Ponta da língua sobre a gengiva	Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

Escores: **-0-3:** Anquiloglossia severa – Redução grave de função da língua: Realizar frenulotomia na maternidade.

**-4-7:** Anquiloglossia moderada - Encaminhamento à Rede de Atenção Básica. Acompanhamento fono/odontologia. Programa Boquinha do bebê nas Unidades Básicas de Saúde.

**-8:** Frênulo, lingual normal

A intervenção realizada nos bebês nesta unidade hospitalar chama-se **frenotomia/frenulotomia**, que consiste em um pequeno corte nesse pedaço de tecido, ou seja, a remoção parcial do frênulo<sup>41</sup>.

### 3. Passos para a Cirurgia de frenotomia/frenulotomia<sup>18,29</sup>:

1. Consentimento informado dos pais.
2. Realizar anestesia local nas inserções do freio, tanto no rebordo quanto na língua. Usar quantidade mínima, promovendo leve isquemia. Tomar cuidado para não ocorrer deglutição do anestésico.
3. Romper a inserção do freio de acordo com sua localização e extensão, utilizando tesoura simples ou serrilhada, curva ou reta, de acordo com a disponibilidade de materiais.
4. Realizar leve compressão com gaze. Não há necessidade de suturar.
5. Colocar imediatamente o RN para mamar no seio materno de acordo com a sua aceitação.
6. Avaliar pega e sucção.
7. Preencher Prontuário com o nome e código do procedimento, para faturamento.
8. Realizar a visita no RN duas horas após o procedimento e no dia seguinte, para verificar o pós-operatório.

#### 4. Fluxograma do atendimento:

#### 5. Contraindicações e precauções<sup>18,29</sup>:

- Baixo peso (< 2000 g).
- Prematuridade.
- Instabilidade respiratória.
- Espessura do freio e a fixação na língua.
- Contraindicado a cirurgia nas primeiras 24 horas de vida, somente após esse período.
- Discrasia sanguínea.
- Infecção.

Quando não houver profissional CD na escala, será solicitado à mãe o retorno no dia que houver profissional para realizar a frenotomia.

Quando forem detectadas outras manifestações bucais no RN, como dente neonato, nódulos de Bohn, Cistos de erupção, o profissional Cirurgião Dentista fará a avaliação quanto à necessidade de remoção ou não de tais estruturas. Serão levadas em consideração a possibilidade de redução espontânea dos cistos ou nódulos; e em caso de dente neonato, se o mesmo é uma estrutura dental supranumerária ou está atrapalhando o processo de amamentação.

Más-formações congênitas: Os RNs com lábio leporino, fenda palatina ou qualquer outra má-formação, serão direcionado para a referência da rede SUS no Hospital Geral de Palmas.

Ações de promoção de saúde e orientações em relação à saúde bucal da mãe e do bebê serão feitas à beira leito, e também em conjunto com a Rede Cegonha.

#### 17- ROTINAS DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO:

1. Contamos com 1 Nutricionista, com plantão de 6h (Segunda a Sexta), para o setor de Obstetrícia.
2. Paciente recebe a visita do nutricionista, que no primeiro momento, dar orientações gerais, e identifica alguma patologia específica para elaboração do plano alimentar de acordo com seu estado de saúde.
3. Quando a dieta for liberada entre 19h e 7h da manhã, a enfermagem comunica o serviço de Nutrição (cozinha), para que seja servida a dieta de acordo com a prescrição. Após contato telefônico, o copeiro

leva à dieta, e pega a solicitação por escrito, feita pelo enfermeiro responsável.

4. São servidas 6 refeições( Desjejum, Colação, Almoço, Lanche, Jantar e Ceia) a todos os pacientes de acordo com suas prescrições.
5. Quando necessário, o nutricionista prescreve suplementos alimentares entre as refeições.
6. A cada 48 horas será realizada visita ao paciente, sendo evolução clínica incluída no prontuário, se o paciente for de longa permanência (período de internação > 7 dias) será realizado uma reavaliação a cada sete dias de internação o que determinará, se necessário, ajuste na conduta dietoterápica.
7. Na UCIN de acordo com a necessidade é feito a solicitação da avaliação da Nutricionista do Banco de Leite.
8. Quando informado da alta do paciente, o SND procederá com as orientações por escrito e encaminhamentos necessários para o paciente, para os atendimentos em rede.
9. Os pacientes graves que evoluem para Dieta Enteral, passa a ser acompanhados pela equipe de terapia nutricional.

## **18-CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITAL**

Recomenda-se a permanência mínima de 24 horas no alojamento conjunto<sup>24,47</sup>.

### **18.1-ALTA DA PUÉRPERA<sup>24</sup>**

- i) em bom estado geral, com exame físico normal, sem sinais de infecção puerperal/sítio cirúrgico, com loquiação fisiológica;
- (ii) sem intercorrências mamárias como fissura, escoriação, ingurgitamento ou sinais de mastite, e orientada nas práticas de massagem circular e ordenha do leite materno;
- (iii) com recuperação adequada, comorbidades compensadas ou com encaminhamento assegurado para seguimento ambulatorial de acordo com as necessidades;
- (iv) bem orientada para continuidade dos cuidados em ambiente domiciliar e referenciada para Unidade Básica de Saúde (retorno assegurado até o 7º dia após o parto);
- (v) estabelecimento de vínculo entre mãe e bebê;
- (vi) com encaminhamento para unidade de referência para acesso a ações de saúde sexual e reprodutiva e escolha de método anticoncepcional, caso a

mulher não receba alta já em uso de algum método contraceptivo, ou para seguimento pela atenção básica da prescrição ou inserção de método pela equipe da maternidade;

## **18.2-ALTA DO RECÉM-NASCIDO<sup>19,24</sup>**

(i) Nos recém-nascidos a termo e com peso adequado para a idade gestacional (com perda de peso < que 10%), sem comorbidades e com exame físico normal;

(ii) com ausência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida;

(iii) com avaliação de icterícia, preferencialmente transcutânea, e utilização do normograma de Bhutani para avaliar a necessidade de acompanhamento dos níveis de bilirrubina quando necessário;

(iv) apresentando diurese e eliminação espontâneo e controle térmico adequado;

(v) com sucção ao seio com pega e posicionamento adequados, com boa coordenação sucção/deglutição, salvo em situações em que há restrições ao aleitamento materno

(vi) em uso de substituto do leite humano/formula láctea para situações em que a amamentação é contra-indicada

## **19-CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

O acesso ao pré-parto será restrito a equipe e acadêmicos escalados (de acordo com o dimensionamento e orientações do NEP) no dia para o setor, respeitando a privacidade da paciente. Lembrando do direito da parturiente ao acompanhante de livre escolha, que receberá as orientações do setor.

As parturientes deverão ser estimuladas no pré-natal a montar o plano de parto e esse deverá ser respeitado pela equipe sempre que possível. Nos casos em que o desejo da paciente contrariar as recomendações deste protocolo, a mesma deverá ser orientada sobre risco-benefício, e se mesmo assim ser opor as recomendações atuais, deverá se manifestar por escrito e o documento arquivado no prontuário.

No dia que eventualmente não tiver médico obstetra ou médico pediatra, as pacientes deverão ser referenciadas diretamente para outro hospital.

As doulas que atuarem de forma voluntária no Hospital Regional de Gurupi, deverão estar habilitadas e serem credenciadas previamente, devendo seguir as normas da instituição e as determinações da equipe assistencial.

Todas as puérperas deverão ser orientadas e estimuladas ao planejamento familiar de acordo com a legislação vigente à consulta puerperal e de puericultura.

Este protocolo entra em vigor a partir da aprovação e publicação em diário oficial do estado do Tocantins, e será revisado de 5 em 5 anos, ou a qualquer momento que ocorrer alterações na legislação vigente ou nas recomendações técnicas. A equipe também poderá solicitar revisão antes deste período se julgar necessário.

## 20-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ALMEIDA, R.A; MALAGRIS, L.E.N. A prática da psicologia da saúde. Revista SBPH, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-202, dez. 2011.
2. ARRAIS, A.R; MOURÃO, M.A. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. Revista Psicologia Saúde, v. 5, n. 2, p. 152-164, 2013.
3. BORTOLETTI, F.F. Psicologia na prática obstétrica: abordagem interdisciplinar. São Paulo: Manole, p. 37 – 46, 2007.
4. BRASIL, Presidência da República, Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, República Federativa do Brasil; Brasília, DF;1986.
5. BRASIL, Resolução COFEN Nº 159/1993, que dispõe sobre a consulta de enfermagem, - Brasília, DF; 1993
6. BRASIL, Resolução COFEN Nº 195/1997 que regulamenta a solicitação de exames complementares e de imagem; - Brasília, DF;
7. BRASIL, Resolução COFEN Nº 223/1999 – Dispõe sobre a atuação do profissional enfermeiro na assistência à mulher no Ciclo Gravídico Puerperal ; - Brasília, DF; 1999
8. BRASIL, Ministério da Saúde (MS), Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
10. BRASIL, Ministério da Saúde, Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 - Lei do acompanhante. República Federativa do Brasil, Brasília, DF; 2005
11. BRASIL, Ministério da saúde. Portaria Ministerial Nº743 de 20 de dezembro de 2005.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Promovendo o Aleitamento Materno 2ª edição, revisada. Brasília: 2007

13. BRASIL, Resolução COFEN Nº 339/2008 – normatiza a atuação e a responsabilidade civil do Enfermeiro Obstetra nos Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto; - Brasília, DF;
14. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2008. 160 p.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Brasília – Caderno de Atenção Básica, nº 23 – Brasília, DF; 2009
16. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial, República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2011
17. BRASIL, Ministério da Saúde. 2012, Caderno de Atenção Básica/ Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília- DF.
18. BRASIL, Ministério da Saúde, Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2014.
19. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014, Institui, Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS. Diário Oficial, República Federativa do Brasil. Brasília, DF; 2014.
20. BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução CREFITO Nº 445 de 26/04/2014 - ANEXO I, (que altera parte do Texto da Resol. 418/2011. Brasília, DF (2014)
21. BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de ações programáticas estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia, Brasília, 2014.
22. BRASIL, Resolução COFEN Nº 477/2015 – Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, entre outras. - Brasília, DF;
23. BRASIL, Resolução COFEN 485/2015. Veda aos profissionais de enfermagem o cumprimento de prescrição médica à distância e a execução de prescrição médica fora da validade, Brasília

24. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº2068 de 21 de outubro de 2016, institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto, diário oficial Republica Federativa do Brasil, Brasília, DF; 2016
25. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Saúde da Criança e Aleitamento Materno nota técnica nº09/2016. Brasília, DF; 2016.
26. BRASIL, Resolução COFEN Nº 0564/2017 – Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) – substitui a Resolução Cofen 311/2007. Brasília, DF;
27. BRASIL, Ministério da Saúde. 2017, Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia, Brasília – DF, 1ª edição
28. BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência Ao Parto Normal. Brasília – DF; 2017
29. Cartilha do Teste da Linguinha: para mamar, falar e viver melhor. Pulso Editorial, São José dos Campos, SP: 2014
30. CECATTI, J.G.; MORAES FILHO, O.B. Indução do parto. In: Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. PROAGO Programa de Atualização em Ginecologia e Obstetrícia: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2005 p135-156., Sistema de educação Continuada à distância, v. 2)
31. DATASUS/TABWIN- Tabulador de dados geral do estado do Tocantins, acesso no dia 06 de novembro de 2018. [http:// W3.datasus.gov.br](http://W3.datasus.gov.br)
32. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Assistência ao trabalho de parto. [S.l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2001. (Projeto Diretrizes).
33. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Cuidados gerais na assistência ao parto, Associação Médica Brasileira, 2001.
34. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de orientação- Assistência ao parto, aborto e puerpério, 2010

35. FONSECA, A.D.; PEDROSA, A.A; CANAVARRO, M.C. Eficácia de um protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal: A percepção das utentes. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra, v. serIII, n. 2, p. 55-64, dez. 2010.
36. FOSSI, L.B; GUARESCHI, N.M.F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. Revista SBPH, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2004.
37. GALLO, Rubeneide Barreto Silva et al; Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. FEMINA, Janeiro 2011, vol 39, nº 1, pág. 43
38. MENDES C.M, et al. Conhecimento materno sobre fonoaudiologia e amamentação em alojamento conjunto, Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2009.
39. Minas Gerais; Secretaria Estadual de Saúde – Protocolo Multiprofissional de Assistência ao Parto e Nascimento / Diretrizes para o cuidado multidisciplinar. Belo Horizonte, MG; 2015
40. MONTENEGRO, C.A.B. REZENDE FILHO, J. Rezende Obstetrícia. 11.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. P.263 -272;
41. SEGAL, L.M; STEPHENSON R; DAWES M; FELDMAN P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review. Can Fam Physician. v. 53, n. 6, p. 1027-33, 2007.
42. SEGRE, M; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.
43. Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido  $\geq 34$  semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria [acesso março 2018]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoRNMaior34semanas26jan2016.pdf> - acesso em janeiro de 2018
44. SOUZA, C.S; OLIVEIRA, C.B. Contribuições do aleitamento materno no âmbito da fonoaudiologia. Saúde Sexo Educacional, v. 13, n. 34-35, p. 49-51, 2004.

45. STRAPASSON, M.R; NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. Revista Gaúcha de Enfermagem (Online), Porto Alegre , v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010.
46. TOCANTINS. Manual do Serviço Social das Unidades Hospitalares do Estado do Tocantins, SES,2017
47. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
48. Zugaib, M; Zugaib obstetrícia – 2. ed. – Barueri, SP :Manole, 2012.
49. ZUGAIB,M; BITTAR,R.E. Protocolos Assistenciais, Clínica Obstétrica, FMUSP. 4ª ed – São Paulo: Atheneu, p. 631 – 667, 2011.

## ANEXO I

### MEDICAÇÕES QUE PODEM SER PRESCRITAS E ADMINISTRADAS PELO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTENCIA AO TRABALHO DE PARTO , PARTO E PÓS-PARTO

MEDICAÇÃO	FORMA DE ADMINISTRAÇÃO	INDICAÇÃO
Ocitocina	-05 UI em 500ml de SF 0,9% EV em BIC, a primeira prescrição deverá ser discutida e prescrita pelo médico e o controle do gotejamento pelo Enfermeiro Obstétrica Conforme protocolo de dosagem de Ocitocina;  -10 UI IM após o desprendimento do ombro do RN;  -20 UI em 500 ml de SF 0,9% EV.	- Coordenar as contrações durante o período expulsivo quando necessário;  -Como profilaxia de hemorragia pós-parto;  - Nos casos de hemorragia pós-parto, até a chegada do médico plantonista;
Misoprostol	- 25 mcg via vaginal de 6/6 horas (conforme protocolo de Indução) prescrito pelo médico e colocado pelo Médico/Enfermeiro Obstetrica após avaliação do Escore de	- Para indução do trabalho do parto para escore de Bishop $\leq$ 6;

	Bishop; -	
Dipirona	01 comprimido ou 40 gotas VO de 6/6 horas SOS; 01 ampola EV ou IM	- Em casos de dor no puerpério; -Em casos de febre no puerpério;
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 6/6hs;	-Em casos de Cólicas;
Lidocaína a 2 % sem vasoconstritor	-Ampola, Spray, gel	-Anestesia local em caso de episiotomia ou rafia de laceração 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
Ibuprofeno	-300mg de 8/8 horas	Em caso de febre no puéperio;
Nimesulida	-100 mg de 12/12 horas	Para preveni ou tratamento da inflamação.

A Resolução **COFEN Nº0477/2015**, que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas, estabelece ações do Enfermeiro Obstetra e resolve:

Art 1º - O Enfermeiro Obstetra e a Obstetriz exercem todas as atividades de Enfermagem na área de Obstetrícia, cabendo – lhes:

Como integrantes de equipe de saúde na área da obstetrícia:

Prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, na área da obstetrícia;