

MANUAL TÉCNICO DAS CASAS DE PARTO

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

APRESENTAÇÃO

A crescente preocupação com a Humanização da assistência no SUS e de uma atenção cada vez mais qualificada e baseada em evidências científicas no nascimento e parto motivou uma série de ações e políticas públicas por parte da Área Técnica de Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde – ATS/SMS, dentre elas, a construção deste Manual técnico das Casas de Parto.

Sendo a decisão do local do Parto uma prerrogativa da mulher, SMS estimulou uma ampla discussão entre as diversas Áreas Técnicas relacionadas ao tema, tendo como diretriz na construção deste Manual as Normas de Direitos Humanos e de Direitos Reprodutivos.

Este Manual Técnico das Casas de Parto foi confeccionado sob a Coordenação da Área Técnica de Saúde da Mulher – SMS, com a valiosa contribuição das Áreas Técnicas da Atenção Básica, das Coordenadorias Regionais de Saúde Sudeste e Sul, Supervisões Técnicas de Saúde, das Casas de Parto do Município, Instituições Parceiras e Universidades.

Creemos que este Manual sirva de importante instrumento para sistematização do processo de trabalho, e alinhamento técnico frente às demandas e necessidades das parturientes e seus neonatos neste momento clímax da vida reprodutiva das mulheres.

MANUAL TÉCNICO DAS CASAS DE PARTO

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

AUTORAS

Caroline de Oliveira Ferreira Iguchi – *Casa Angela*

Katia P. P. Guimarães – *Casa de Parto de Sapopemba*

Marlise de O. P. Lima - *Escola de Artes Ciências e Humanidades-EACH /USP*
Curso de Obstetrícia

ORGANIZAÇÃO

Anna Barbara Kjekshus Rosas – *Saúde da Mulher SMS-SP*

Marisa Beraldo – *Coordenação da Atenção Básica SMS-SP*

Olga Aparecida Fortunato Caron - *Saúde da Mulher SMS-SP*

Patricia Luna – *Coordenadoria Sudeste SMS-SP*

COLABORADORES

Associação Comunitária Monte Azul

Anke Riedel

SPDM/PAISA Associação Paulista Para o Desenvolvimento da Medicina/Programa de Atenção Integral à Saúde

Ana Lira de Souza

Equipe Técnica das Coordenadorias/Supervisões de Saúde SMS-SP

Andreia de Aguiar Lima

Lina Perucci

Lucia Helena de Azevedo

Solange Maria de Saboia e Silva

Coordenação de Atenção Básica SMS-SP

Emilio Telesi Junior

Silvia Helena de Oliveira Aguiar

Rede de Atenção-Áreas Técnicas

Adalberto Kiochi Aguemí

Athene Maria de Marco França Mauro

Dirce Cruz Marques

MANUAL TÉCNICO DAS CASAS DE PARTO

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

SUMÁRIO

Capítulo 1

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA NA CASA DE PARTO

- Critérios para acompanhamento da gestação	10
- Critérios para abertura do plano de trabalho de parto.....	12
- Critérios para admissão da parturiente.....	14
- Critérios para a remoção da parturiente durante o 1º período do parto.....	16
- Critérios para remoção da parturiente durante o 2º período do parto.....	17
- Critérios para avaliação e/ou remoção da parturiente durante o 3º e 4º períodos do parto.....	17
- Critérios para remoção da puérpera.....	18
- Critérios para remoção do recém – nascido.....	18

Capítulo 2

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

o Rotura prematura das membranas – termo.....	23
o Gestação prolongada.....	25
o Parada de progressão.....	26
o Teste de glicemia capilar no RN.....	29
o Desconforto respiratório do RN.....	30
o Planejamento reprodutivo –Dispositivo Intrauterino (DIU)	32

Capítulo 3

NORMAS E ROTINAS

○	Acolhimento	47
○	Consultas de enfermagem.....	48
○	Assistência ao parto – acolhimento e avaliação de risco.....	51
○	Observação	52
○	Admissão.....	53
○	Trabalho de parto.....	54
○	Período expulsivo.....	57
○	Dequitação.....	60
○	Período de Greenberg.....	61
○	Recepção do recém-nascido.....	62
○	Alojamento conjunto.....	64
○	Alta.....	69
○	Consulta puerperal.....	72
○	Consulta do recém-nascido.....	73

Capítulo 4

PROTOCOLOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

○	Protocolo de transferências de gestantes, parturientes ou puerpéras.....	76
○	Protocolo de transferência de recém-nascido.....	79
○	Prolapso de cordão umbilical.....	83
○	Sufrimento fetal.....	84
○	Distúrbios hipertensivos	85
○	Hemorragias 3 trimestre.....	89
○	Distócia de ombro.....	90
○	Hemorragia pós-parto (hpp)	103
○	Reanimação materna.....	111
○	Reanimação neonatal.....	114

Capítulo 5

PRÁTICAS INTEGRATIVAS

- Trabalho corporal - gestação	121
- Massagem perineal – gestação.....	125
- Bebês pélvicos.....	125
- Óleo de prímula em cápsula.....	128
- Óleo de rícino.....	129
- Rebozo.....	129
- Trabalho corporal – parto	131
- Condutas de apoio à evolução do trabalho de parto.....	135
- Chás.....	138
- Óleos.....	141
- Acupressura.....	143
- Compressa perineal.....	143

Capítulo 6

POPs

o Amnioscopia.....	147
o Amniotomia.....	149
o Aspiração de VAS do RN	151
o Avaliação da idade gestacional Método Capurro e Classificação do recém-nascido.....	154
o Cardiotocografia.....	159
o Clampeamento do cordão umbilical	163
o DIU- Inserção.....	165
o DIU – Inserção pós-parto.....	171
o DIU - Retirada.....	174
o Exame físico do RN.....	176
o Episiotomia.....	183
o Episiorrafia.....	185
o Manejo ativo de dequitação	187
o Parto na água	189
o Lavagem gástrica do RN.....	193
o Preenchimento do partograma.....	194
o Propedêutica clínica e obstétrica	196
o Sutura de laceração perineal.....	203
o Teste da lingüinha	205
o Teste do reflexo vermelho	208
o Triagem cardiopatia congênita	210

Capítulo 7

Fluxogramas

- Acompanhamento da gestação e parto na Casa de Parto.....	213
- Consulta de enfermagem de demanda espontânea – gestante sem acompanhamento na Casa de Parto	214
- Consulta de enfermagem de demanda espontânea – gestante em acompanhamento na Casa de Parto.....	215
- Avaliação puerperal.....	216
- Avaliação do recém-nascido.....	217
- Transferência em urgência e emergência	218
- Reanimação neonatal em Casa de Parto	219
- Reanimação materna.....	220

Capítulo 8

Quadros

- Exames que podem ser solicitados pela enfermeira obstetra /obstetriz em Casa de Parto do Município de São Paulo.....	222
- Medicações que podem ser prescritas e administradas pela enfermeira obstetra / obstetriz em Casa de Parto do Município de São Paulo.....	228

Capítulo 9

Termos / folhetos

- Termo de Consentimento livre e esclarecido para assistência ao parto.....	233
- Relatórios de transferência.....	236
- Folheto orientação elaboração plano de parto.....	240
- Plano de parto – SMS.....	241
-Folheto 40 semanas.....	242

FICHA EDITORIAL

Todos os direitos reservados.

- **É permitida a reprodução parcial ou total desta obra**, desde que citada a fonte e, que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

- As **fotos** obtêm os **Termos de Consentimento Livre e Esclarecido** para este Manual, sendo, portanto, **proibida a cópia, reprodução e divulgação das mesmas**.

CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica

S241p São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher.
Manual técnico das casas de parto: município de São Paulo / Secretaria Municipal da Saúde. – São Paulo: SMS, 2016.
246p. : il. (Série Enfermagem SMS-SP, 2016).

1. Parto. 2. Gravidez. 3. Gestantes. 4. Saúde da Mulher. I. Título.

CDU-618.2

Capítulo 1

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA NA CASA DE PARTO

1.1 CRITÉRIOS PARA ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO

A consulta de enfermagem tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa.

O acompanhamento da gestação na Casa de Parto não exclui o acompanhamento do pré-natal na rede pública ou privada. A gestante poderá optar pelo acompanhamento complementar na Casa de Parto, desde que atenda os critérios abaixo:

- Ter participado do grupo de acolhimento ou acolhimento individual (grupo realizado pela enfermeira obstetra/obstetrix onde é explicado o que é casa de parto, parto normal humanizado, suas complicações e suas vantagens);
- Idade ≥ 15 anos;
- Idade gestacional ≥ 30 semanas para acolhimento e critério de elegibilidade;
- Resultados de todos os exames do 3º trim. (conforme anexo 8) dentro dos padrões de normalidade e curva glicêmica e hepatites, quando indicados. Na ausência de algum exame do 3º trimestre a enfermeira obstetra/obstetrix deverá realizar a solicitação do mesmo.
- Gestação única;
- Ausência de intercorrências clínicas (cardiopatias; pneumopatias graves; endocrinopatias; hipertensão arterial crônica e/ou paciente que faça uso de anti-hipertensivo; doenças neurológicas (como epilepsia); doenças psiquiátricas; doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); alterações genéticas materna; antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; portadores de doenças infecciosas como HIV, hepatites e outras ISTs; ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras); dependência de drogas lícitas (álcool) e ilícitas; hanseníase; tuberculose);
- Ausência de intercorrências obstétricas na gestação atual (restrição de crescimento intra-uterino; polidrâmnio; oligodrâmnio; diabetes melitus gestacional; malformação fetal ou arritmia fetal; distúrbio hipertensivo da gestação; infecção urinária de repetição, 2 ou mais episódios de pielonefrite; infecções como rubéolas e citomegalovírus adquiridas na gestação; evidência laboratorial de proteinúria; desnutrição materna severa; obesidade mórbida; placenta prévia; isoimunização Rh);
- Ausência de cirurgia uterina anterior (exceto cesariana antes de parto normal).



Fonte: Arquivo Casa Angela

Gestantes classificadas como de alto risco não podem ser acompanhadas na Casa de Parto e deverão ser orientadas a manter o acompanhamento do pré-natal no serviço de pré-natal de origem.

Gestantes classificadas como de baixo risco são admitidas para acompanhamento da gestação na Casa de Parto. As gestantes e seus acompanhantes deverão ser inseridos nos cursos de preparação para o parto e maternagem.

CONSULTAS DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTES

Garantir que a gestante tenha consultas quinzenais a partir de 35 semanas até 37 semanas, semanais até 40 semanas e a cada 2/3 dias a partir de 40 semanas. É indispensável que a avaliação do risco gestacional seja permanente, ou seja, aconteça em cada consulta.

Ao identificar fatores de risco, associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é classificada como de alto risco e a gestante é informada sobre a impossibilidade do acompanhamento na Casa de Parto; a enfermeira obstetra/obstetriz deverá encaminhar um relatório para o pré-natal de origem informando sobre a impossibilidade de acompanhamento e parto na Casa de Parto.



Fonte: Arquivo Casa Angela

1.2 CRITÉRIOS PARA ABERTURA DO PLANO DE PARTO

A **abertura de plano de trabalho de parto** deve garantir, que apenas gestantes classificadas como de baixo risco obstétrico serão admitidas em trabalho de parto na unidade.

- Promover e incentivar a decisão informada da gestante;
- Incentivar a escolha dos acompanhantes;
- Incentivar a elaboração do Plano Individual de Parto.

CRITÉRIOS:

- Optar por ter o parto na Casa de Parto;
- Idade ≥ 15 anos;
- Gestante classificada como de baixo risco, com idade gestacional ≥ 37 semanas
- Ter os resultados de todos os exames dentro da normalidade;
- Gestação única;
- Ausência de intercorrências clínicas (cardiopatia; pneumopatias graves; endocrinopatias; hipertensão arterial crônica e/ou paciente que faça uso de anti-hipertensivo; doenças neurológicas (como epilepsia); doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento; doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses); alterações genéticas materna; antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; portadores de doenças infecciosas como HIV, hepatites e outras ISTs; ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras); dependência de drogas lícitas (álcool) e ilícitas; hanseníase;tuberculose);
- Ausência de intercorrências obstétricas (restrição de crescimento intrauterino; polidrâmnio; oligoidrâmnio; diabetes melitus gestacional; malformação fetal ou arritmia fetal; distúrbio hipertensivo da gestação; infecção urinária de repetição, pielonefrite; infecções como rubéolas e citomegalovírus adquiridas na gestação; evidência laboratorial de proteinúria; desnutrição materna severa; obesidade mórbida; placenta prévia; isoimunização Rh; anemia (Hb < 11mg/dl) ou anemia não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; ITU em tratamento ou não tratada);
- Ausência de cirurgia uterina anterior (exceto cesariana antes de parto normal);
- Parâmetros biofísicos fetais normais

GESTANTES, QUE NÃO SE ENQUADRAM NOS CRITÉRIOS PARA A ABERTURA DE PLANO DE TRABALHO DE PARTO:

- Informar a gestante e seus familiares de forma precisa e objetiva sobre o motivo;
- Realizar encaminhamento;
- Anexar uma carta com a descrição do caso;
- Registrar encaminhamento;
- Oferecer apoio, evitando possíveis frustrações.

GESTANTES QUE POSSUEM TODOS OS CRITÉRIOS NECESSÁRIOS PARA A ABERTURA DO PLANO DE TRABALHO DE PARTO:

Realizar entrega, leitura, explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Assistência ao Parto Normal;

Receber o **Plano Individual de Parto**.

O parto não é algo que acontece com a mulher, mas algo que ela faz acontecer.

Nosso plano de parto

Gestante: Marlene
Acompanhante: Adriano
Bebê: Surpresa

O ambiente

- Calmo
- Semi escuro
- Com velas
- Com música
- Com flores
- Com fotos

Sem muitas pessoas

Gostaríamos:

- De ter um parto na Casa Angela
- De ter um parto natural
- De estar juntos no processo de parto
- De ter um parto no chuveiro com apoio do banquinho de parto ou na banheira conforme as condições permitirem
- Que o cordão umbilical seja cortado pelo pai Adriano.
- Gostaria de ouvir palavras de encorajamento e dicas do que eu posso fazer para facilitar o processo.
- Gostaria de ser lembrada sobre possíveis posições e respiração.
- Quero encorajamento na fase da transição e ouvir que ela vai passar logo e que estou muito próximo de finalmente conhecer o nosso bebê.
- Quero ser lembrada que cada contração me leva mais perto ao encontro com meu bebê.

parto hospitalar desnecessária durante o processo de parto (max. 3 auxiliares) durante o processo de parto, especialmente em causa de uma contração. apareça minhas partes íntimas ou meus perguntas quando estiver na fase ativa do parto.

- Ter um parto sério, esteril
- Estar sozinha (sem meu marido) no momento do parto



Fonte: arquivo Casa Angela

PÓS-DATISMO:

A partir de 41 semanas, as gestantes deverão ser encaminhadas para avaliação médica.

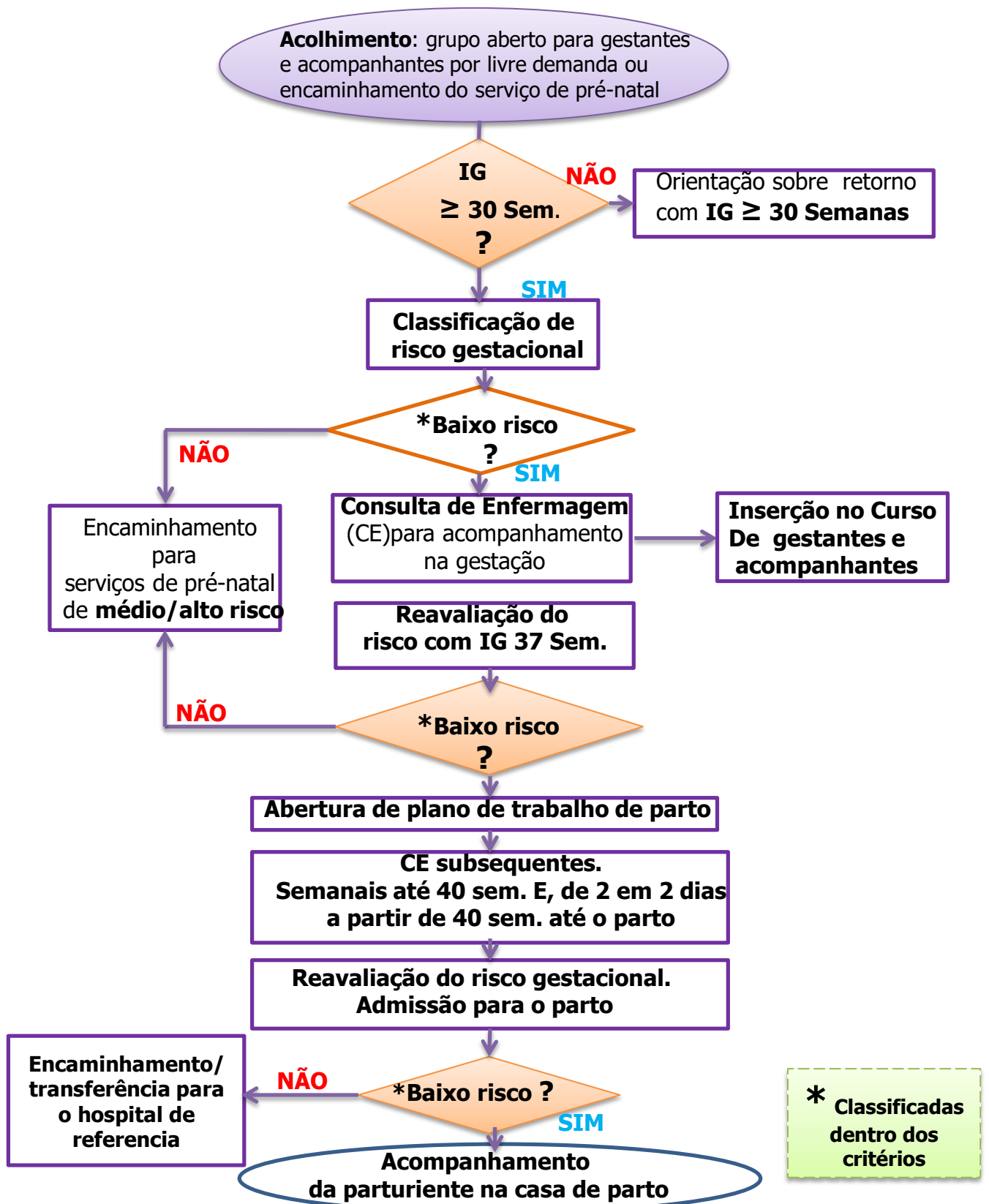
1.3 CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA

- o Gestante classificada como de baixo risco, com idade gestacional ≥ 37 semanas;
- o Resultados de todos os exames do **1º e 3º trimestre** dentro dos padrões da normalidade;
- o Trabalho de parto em fase ativa;
- o Parturiente em bom estado geral, afebril, eupneica, normotensa, ausculta pulmonar e cardíaca adequadas;
- o Ausência de intercorrências clínicas (cardiopatia; pneumopatias graves; endocrinopatias; hipertensão arterial crônica e/ou paciente que faça uso de anti-hipertensivo; doenças neurológicas (como epilepsia); doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento; doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); alterações genéticas materna; antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; portadores de doenças infecciosas como HIV, hepatites e outras ISTs; ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); dependência de drogas lícitas (álcool) e ilícitas; hanseníase; tuberculose);
- o Ausência de intercorrências obstétricas (restrição de crescimento intra-uterino; polidrâmnio; oligodrâmnio; diabetes melitus gestacional; malformação fetal ou arritmia fetal; distúrbio hipertensivo da gestação; infecção urinária de repetição, 2 ou mais episódios de pielonefrite; infecções como rubéolas e citomegalovírus adquiridas na gestação; evidência laboratorial de proteinúria; desnutrição materna severa; obesidade mórbida; placenta prévia; isoimunização Rh; anemia (Hb < 11mg/dl) ou anemia não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; ITU em tratamento ou não tratada);
- o Ausência de cirurgia uterina anterior (exceto cesariana antes de parto normal);
- o Parâmetros biofísicos fetal normais;
- o Ausência de macrossomia/RCIU/PIG;
- o Ausência de mecônio;
- o Gestação única;
- o Apresentação cefálica.
- o Gestante com suspeita de ruptura prematura de membranas no termo *ver protocolo RMO-T



Fonte: Arquivo Casa Angela

FLUXOGRAMA 1 – Acompanhamento da gestação e parto na Casa de Parto



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

- Desejo da parturiente;
- Elevação dos níveis pressóricos (PAS \geq 160mmhg **OU** PAD \geq 110 mmhg em uma única medida; PAS \geq 140 mmhg **OU** PAD \geq 90 mmhg em duas medidas com 30 min. de intervalo);
- Hipertermia (temperatura \geq a 38°C em uma única medida **OU** \geq a 37,5°C em duas ocasiões com 1 hora de intervalo);
- Taquicardia (\geq 120 bpm em duas ocasiões com 30min. de intervalo);
- Odor vaginal desagradável /suspeita de fisometria;
- Sangramento vaginal aumentado;
- Presença de líquido amniótico meconial significativo;
- Alterações na atividade uterina: hipertonia e/ou taquissistolia;
- Dor relatada pela mulher que difere da dor normalmente associada às contrações;
- Fase ativa prolongada não corrigida pelo emprego das terapias integrativas, amniotomia ou ocitocina exógena. *Ver protocolo de parada de progressão;
- Parada secundária da dilatação. *Ver protocolo de parada de progressão;
- Parturiente com 18 horas de bolsa rota. *Ver protocolo de RPM-T;
- Emergências obstétricas: hemorragia ante ou intraparto, prolapso de cordão, convulsão.*Ver protocolo de urgência e emergência.

OBSERVAÇÕES FETAIS:

- Qualquer apresentação anômala, apresentação de cordão;
- Frequência cardíaca fetal $<$ 110 bpm ou $>$ 160 bpm;
- Desacelerações do BCF à ausculta intermitente; *Ver pop cardiotocografia.
- Apresentação cefálica alta (-3 De Lee) ou móvel em nulípara;

- Outras emergências obstétricas *Ver protocolo de urgência e emergência.
- Presença de líquido meconial significativo.
- Em casos de trabalho de parto prolongado, qualquer parâmetro materno ou fetal alterado justificará a remoção da parturiente em ambulância para o hospital de referência.

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

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

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

- Alterações do bem-estar da mulher;
- Retenção placentária (ausência de dequitação completa da placenta e/ou membranas com tempo maior que 30 min. de manejo ativo ou 60 min. de manejo fisiológico);
- Suspeita de restos placentários na cavidade uterina;

- o Hemorragia pós-parto não controlada com medicamentos;

- o Lacerações de 3o e 4o graus.

Outras emergências obstétricas * ver protocolo de urgência e emergência

1.7 CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DA PUÉRPERA

- o Elevação dos níveis pressóricos (PAS \geq 160mmhg **OU** PAD \geq 110 mmhg em uma única medida; PAS \geq 140 mmhg **OU** PAD \geq 90 mmhg em duas medidas com 30 min de intervalo);

- o Hipertermia (temperatura \geq a 38°C em uma única medida **OU** \geq a 37,5°C em duas ocasiões com 1 hora de intervalo);

- o Taquicardia (\geq 120 bpm em duas ocasiões com 30min. de intervalo);

- o Hemorragia pós-parto, controlada com medicamentos, com alterações de sinais vitais e/ou alterações hemodinâmicas;

- o Hemorragia pós-parto, controlada com medicamentos, sem alterações de sinais vitais e/ou alterações hemodinâmicas, e Hb \leq 7 g/dl;

- o Hemorragia pós-parto tardia;

- o Ausência de micção espontânea após 6 horas do parto, com bexiga não palpável;

- o Suspeita de tromboembolismo;

- o Outras emergências obstétricas

1.8 CRITÉRIOS PARA REMOÇÃO DO RECÉM – NASCIDO

- o Icterícia neonatal patológica;

- o RN com índice de apgar de 1º minuto \leq 7, que se apresenta instável;

- o RN com índice de apgar no 5º minuto \leq 7;

- o Temperatura axilar $<$ 36°C ou \geq 37,5°C;

- o Desconforto respiratório crescente, persistente, diverso da taquipnéia transitória do RN e/ou frequência respiratória \geq 60 ou $<$ 30 irp (*ver protocolo de desconforto respiratório);

- o Peso menor que 2500g, baixo peso e/ou pré-termo, mesmo que em boas condições ao nascer;

- o Febre materna ou corioamnionite;

- o Palidez ou pletora (bebê muito vermelho);

- o Lesão grave devido ao parto;



Fonte: arquivo Casa Angela

- Presença de mecônio espesso intraparto independente dos parâmetros de vitalidade do RN;
- Presença de mecônio, se um dos seguintes sinais forem observados:
 - Frequência respiratória > 60 ipm;
 - Presença de gemidos;
 - Frequência cardíaca < 100 bpm ou > 160 bpm;
 - Enchimento capilar acima de 3 segundos;
 - Temperatura corporal $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ou $37,5^{\circ}\text{C}$ em duas ocasiões;
 - Saturação de oxigênio $< 95\%$;
 - Presença de cianose central.
 - Convulsões/ movimentos anormais;
 - Apneia;

- Cianose central;
- Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias;
- Secreção purulenta no ouvido ou nos olhos (abundante e com edema palpebral) ou no umbigo (com eritema que se estende para a pele ao redor);
- Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas);
- Distensão abdominal;
- RN com suspeita de mal - formação congênita (cardiopatias, atresias, imperfuração anal e outras);
- RN com cefalohematoma;
- RN com mielomeningocele (envolver com compressas esterilizadas e umidificadas com soro fisiológico aquecido e acionar protocolo de urgência/emergência).

REFERÊNCIAS

American Academy of Family Physicians. ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) Provider Manual. 8ª ed. Tomahawk Creek Parkway Leawood, Kansas. 2017. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/aafp/2017-also-provider/ALSO-Provider-2017-Syllabus.pdf>

Amorim MMR, Porto AMF, Souza ASR. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências (Assistance to the second and third periods of labor based on evidence). FEMINA, 2010;38(11):583-91.

Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico/ Secretaria de Políticas,  rea Técnica da Saúde da Mulher. 5ª ed. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n  32).

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada   Mulher. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorpora o de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorpora o de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Atenção Integrada  s Doenç as Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal.5ª ed. Brasília, 2014.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência   Saúde. Portaria n 371, de 7 de Maio de 2014. Institui diretrizes para a organiza o da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema  nico de Saúde(SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção   saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.I cuidados gerais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção   saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.II intervenções comuns, icterícias e infecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção   Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção   Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção   saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.III Problemas respiratórios, cardiorrelat rios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e

dermatológicos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

COFEN. Resolução n.358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Delaney M, Roggensack A. Nº. 214-Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. *JOGC*, 2017;39(8):e164-e174.

Enkin M et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Melo ASO, Souza ASR, Amorim MMR. Avaliação Biofísica complementar da vitalidade fetal. (Additional biophysical evaluation of fetal surveillance). *FEBRASGO. Femina*, 2011;39(6):303-12.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline 190. London, UK, 2014 (Com a revisão de fevereiro de 2017).

Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências (Assistance to the first period of labor based on evidence). *FEMINA*, 2010;38(10):527-37.

Rezende J, Montenegro CAB. Rezende Obstetrícia Fundamental. 13ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

São Paulo. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP). Lei nº15.759, de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências.

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde /Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. - São Paulo: SMS, 2016.

WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em:

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

Capítulo 2

PROTÓCOLOS ASSISTENCIAIS

2.1 ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS - TERMO

DEFINIÇÃO

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

RESPONSÁVEIS

Enfermeira (o) obstetra/obstetriz

DESCRIÇÃO

- **Anamnese-** Momento da rotura (data e hora, atividade que estava fazendo), quantidade, cheiro e cor, infecção urinária recente ou atual.
- **Exame físico** -Temperatura axilar e pulso materno; dinâmica uterina; altura uterina; vitalidade fetal (com CTB). **Exame especular:** Realizar quando a perda de líquido não é evidente, com mobilização do pólo fetal e manobra de Valsava para a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical. Pode-se realizar a medição de pH da secreção vaginal com papel de nitrazina (se torna azul em contato com o fluido vaginal – pode dar falso positivo na presença de sangue, trichomonas e vaginose). Inspeção visual para avaliar o colo. **Toque vaginal: Não deve ser realizado!** Pode introduzir ou aumentar o risco de infecção e somente deve ser realizado em gestantes com parto iminente ou para obter informações, que seriam úteis para determinar cuidados adicionais e que não podem ser obtidas de forma menos invasiva.
- **Avaliação do risco de infecção:** Na presença de hipertermia materna ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$) e/ou presença dos seguintes sinais: Útero doloroso (sensibilidade aumentada), odor vaginal desagradável, taquicardia materna (> 100 bpm) ou fetal (> 160 bpm) ou leucocitose recente trazido pela gestante (> 15.000 cel/ml) encaminhar a gestante para a unidade de referência.
- **Avaliação da coloração e odor do líquido amniótico:** Não visualização do líquido amniótico: encaminhar para referência hospitalar. Na presença de mecônio em casos de gestantes fora de trabalho de parto deve-se realizar uma cardiotocografia e encaminhar para a unidade de referência. Se houver sangramento vaginal atentar para placenta prévia e/ou descolamento de placenta.

PRÁTICAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA ESTIMULAR A ATIVIDADE UTERINA - PARA GESTANTES SEM DINÂMICA UTERINA EFICAZ:

- Perceber as necessidades da mulher - olhar, observar, ouvir, conversar com os acompanhantes;
- Propiciar privacidade em ambiente acolhedor e agradável;
- Favorecer a presença do acompanhante;
- Oferecer conforto físico (cuidar para que a parturiente esteja sempre com roupas confortáveis, pés aquecidos, bem alimentada e com eliminações fisiológicas presentes);
- Diminuir ansiedade, medo ou insegurança da parturiente/acompanhantes;

- Se a parturiente estiver muito cansada ou com muito sono, poderá ser oferecido primeiro um descanso para posterior estímulos – cuidar para que os acompanhantes também descansem ou ofereçam privacidade para a parturiente descansar;
- Oferecer shake, ovo ou chás estimulantes;
- Se a parturiente estiver com os pés frios, aquecê-los (escalda-pés ou massagem, calçar meias);
- Realizar massagem no abdômen com óleo estimulante;
- Incentivar deambulação e exercícios na bola ou cavalinho;
- Utilizar técnica do rebozo;
- Utilizar aromaterapia;
- Orientar para parturiente que estimule seu mamilo;
- Utilizar técnica de acupressão;
- Promover exercícios, se necessário, para liberação de ocitocina endógena (os exercícios devem ser individualizados de acordo com cada parturiente, sua cultura e crença, podendo usar música, dança, canto, oração, rebozo, trocas de carinho com o parceiro);

***Ver protocolo de práticas integrativas.**

Atentar para os riscos:

- Morbidade infecciosa materna e fetal;
- Prolapso de cordão umbilical;
- Compressão do cordão.

Durante o acompanhamento na Casa de Parto:

- Incentivar e estimular a ingesta hídrica.
- Realizar curva térmica (3/3horas).
- Avaliar BCF 1/1hora
- Evitar toques vaginais.
- Utilizar luva estéril, quando o toque for necessário.
- Se **streptococcus agalactiae (EGB) negativo**: Após 24 horas de bolsa rota, ou antes se apresentar fator de risco, a parturiente deverá ser transferida para o hospital de referência.
- Se **streptococcus agalactiae desconhecido** ou não realizado: Após 18 horas de bolsa rota, ou antes se apresentar fator de risco, a parturiente deverá ser transferida para o hospital de referência.

Cultura para EGB positiva
RN prévio infectado pelo EGB
Bacteriúria por EGB nesta gestação
Parto ou amniorrexe com IG < 37 sem
Bolsa rota > 18 horas (EGB desconhecido)
Bolsa rota > 24 horas (EGB negativo)
Temperatura intraparto > 37,8°C
Presença de mecônio em fase inicial do
trabalho de parto

Taquicardia materna ou fetal



Transferência para
unidade de referência

2.2 GESTAÇÃO PROLONGADA

DEFINIÇÃO

É aquela que atinge ou ultrapassa 42 semanas (294 dias).

- Gestação a termo inicial - 37 semanas até 38 semanas e 6 dias
- Gestação a termo - 39 semanas até 40 semanas e 6 dias
- Gestação a termo tardio - 41 semanas até 41 semanas e 6 dias
- Gestação pós-termo- 42 semanas ou mais.

RESPONSÁVEIS: Enfermeira (o) obstetra/obstetriz

DESCRIÇÃO

- **Atentar para a datação da idade gestacional (IG)**—O diagnóstico de gravidez prolongada pode ser reduzido pela realização de ultrassonografia precoce (primeiro trimestre), pois a causa mais comum é erro de data – Atentar para a IG correta.
- **De 40 semanas a 41 semanas** – realizar cardiotocografia a cada 2/3 dias (ver POP CTB).
- **Escolha informada** –Na 40 semana de gestação, orientar a gestante e entregar informativo sobre esclarecimentos e condutas para gestação a partir de 40 semanas de gestação.
- Iniciar métodos para estímulo do trabalho de parto:
 - Orientar caminhadas (ritmadas, algumas vezes/dia);
 - Incentivar relações sexuais. O orgasmo feminino é importante para produção de ocitocina;
 - Orientar estímulos nos mamilos (10 a 15 minutos algumas vezes/dia);
 - Chá estimulante;
 - Massagem no abdômen com óleo estimulante;
 - Shake ou ovo;
 - Massagem relaxante ou inalação com Sálvia esclaréia, Jasmim e lavanda como opção ao óleo estimulante;
 - Descolamento digital de membranas;
 - Massagem no colo do útero com óleo de prímula;
 - Técnica do rebozo;

- Exercícios de relaxamento;
- Banho terapêutico com camomila, alfazema ou lavanda.
- *ver protocolo práticas integrativas.
- A ordem dos métodos a serem utilizados pode ser decidido em conjunto com a gestante.
- Retomar a conversa sobre o plano de parto, se tem algo que está incomodando, trazendo medo ou ansiedade.

Gestantes ≥ 41 semanas – Encaminhar a gestante para avaliação e conduta médica.

2.3 PARADA DE PROGRESSÃO

DEFINIÇÃO

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

RESPONSÁVEIS: Enfermeira (o) obstetra/obstetriz

DESCRIÇÃO

Prevenção:

Sempre se perguntar:

Onde está o bebê?

Usar recursos e posições maternas que estimulem a flexibilidade da pelve e facilitem a rotação e descida do polo cefálico.

Utilizar intervenções que capacitem, validem e apoiem a parturiente e o bebê.

Antes de qualquer avaliação e diagnóstico de distócia deve-se sempre considerar: paridade, dilatação e mudanças cervicais, contrações uterinas, altura e posição da apresentação, variedade de posição e estado emocional da parturiente.

Perceber necessidades da parturiente - olhar, observar, escutar, perceber se algo esta incomodando/atrapalhando, exemplo: falta de conforto físico/emocional; ansiedade, medo ou insegurança da parturiente/acompanhantes/profissionais; falta de empatia/boa relação entre equipe-parturiente e acompanhantes-parturiente; ambiente inadequado, entre outros.

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

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

1- PRIMEIRO PERÍODO DO PARTO:

Considerar também todos os aspectos da evolução do trabalho de parto:

- Progressão da dilatação em 4 horas,
- Progressão da descida e rotação do polo cefálico,
- Mudanças na intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

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

Considerar amniotomia (ver pop amniotomia). Explicar para a parturiente que a amniotomia pode ajudar a regular a contratilidade uterina colaborando na evolução do parto, mas pode aumentar a percepção da dor.

Reavaliar após duas horas (realizado ou não amniotomia):

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

- Transferência para o hospital
- Uso de ocitocina.

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

Iniciar ocitocina 12 ml/hora (4 gts/min.) em bomba de infusão por 30 minutos e reavaliar. Dobrar o gotejamento se contrações ineficazes e reavaliar em 30 minutos, se contrações não eficazes-> acionar protocolo de transferência.

Atentar para as contraindicações: Situações de urgência, sofrimento fetal, desproporção cefalopélvica, variedade de posição desfavorável, excessiva moldagem da cabeça óssea fetal e formação de bossa, espinhas isquiáticas salientes, ângulo sub-púbico estreito.

O risco de hiperestimulação e aumento da dor são maiores com doses maiores de ocitocina, na presença de hiperestimulação ou taquissístolia diminuir gotejamento e reavaliar, se não melhorar suspender uso e hidratar a parturiente. Qualquer alteração o medicamento deve ser suspenso.

Realizar exame vaginal 4 horas após o início da ocitocina:

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

2- SEGUNDO PERÍODO DO PARTO:

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

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

Período expulsivo prolongado:

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

Reavaliar todos os exames e descartar intercorrências (confirmar líquido amniótico claro, CTG e SSVV sem alterações);

Avaliar disposição materna – promover medidas de apoio e encorajamento;

Considerar uso de ocitocina 5 UI 4gts/min em 500 ml de SF0,9% em bomba de infusão se as contrações forem inadequadas;

Realizar amniotomia se membranas estiverem intactas;

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

2.4 TESTE DE GLICEMIA CAPILAR NO RN

DEFINIÇÃO

É a dosagem plasmática da glicose no sangue total do RN para diagnosticar:

- Hipoglicemia: Níveis de glicose plasmática inferiores a 45mg/dl.
- Hiperglicemia: Valores de glicemia plasmática superiores a 145mg/dl.

RESPONSÁVEIS: Enfermeira (o) obstetra/obstetriz

DESCRIÇÃO

Quando realizar o teste de glicemia capilar:

- Sempre quando houver sintomatologia suspeita;
- RN GIG – dosar glicemia com 1, 2, 4, 8, 12 e 24 horas de vida;
- RN PIG- dosar glicemia com 2, 4, 6, 12, 24, 48 e 72 horas de vida;
- RN que apresenta desconforto respiratório.

Sinais e sintomas de hipoglicemia:

Tremores, hipotonia, irritabilidade, letargia, torpor, crises de apneia, cianose, bradicardia, taquipneia, sucção ausente ou débil, hipotermia, crises convulsivas.

Sinais e sintomas de hiperglicemia:

Poliúria e desidratação.

CONDUTA

- **Recém-nascidos com glicemia inferior a 30 mg/dl** devem ser alimentados e transferidos para o hospital de referência.
- **Recém-nascidos com glicemia baixa (≥ 30 e ≤ 45 mg/dl)** devem ser alimentados, preferencialmente com leite materno. Repetir a dosagem da glicemia em 30 – 40 minutos.

2.5 DESCONFORTO RESPIRATÓRIO DO RN

DEFINIÇÃO

São sinais e sintomas de dificuldade respiratória que pode representar uma condição benigna, como retardo na adaptação cardiorrespiratória, mas, também, podem ser o primeiro sinal de uma infecção grave.

RESPONSÁVEIS: Enfermeira (o) obstetra/obstetriz

DESCRIÇÃO

Reconhecimento -Observação e inspeção:

- **Padrão respiratório:**

Frequência respiratória: taquipneia (FR > 60 rpm) – descartar hipertermia;

Ritmo e periodicidade: apneia (pausa respiratória > 20 segundos ou de 10 a 15 segundos se acompanha bradicardia, cianose ou queda da saturação de oxigênio);

- **Trabalho respiratório:**

- Batimento de asas nasais;
- Gemido expiratório;
- Head bobbing;
- Retrações torácicas: intercostal, subcostal, supraesternal, esternal;
- **Cor – Cianose.**
- **Realizar glicemia capilar para descartar hipoglicemia.**



Fonte: Arquivo Casa Angela

Realizar Boletim de SILVERMAN-ANDERSEN:

	Retração Intercostal		Retração Xifóide	Batimento de Asa Nasal	Gemido Expiratório
	Superior	Inferior			
0	 sincronizado	 s/ tiragem	 ausente	 ausente	 ausente
1	 declive inspiratório	 pouco visível	 pouco visível	 discreto	 audível só c/ esteto
2	 balançim	 marcada	 marcada	 marcado	 audível s/ esteto

Fonte: Ministério da Saúde. Atenção e Saúde do Recém-Nascido: Guia para os Profissionais de Saúde – Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. 2ª ed. Brasília, DF, 2014

< 5 Dificuldade respiratória leve:

- Observar, verificar temperatura, padrão respiratório, cor, saturação, quantidade de roupas (frio/calor), realizar glicemia capilar;
- Verificar saturação e administrar oxigênio inalatório se necessário – Manter saturação de 92% a 94%;
- Aquecer, se necessário, em contato pele a pele, berço aquecido ou incubadora;
- Caso após uma hora o RN não consiga restabelecer a respiração espontânea, deve-se proceder a transferência para o hospital.

>5 ACIONAR PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA

Sinais e sintomas que indicam transferência de urgência e emergência:

- **Obstrução das vias aéreas:** Gasping, sufocação, estridor;
- **Falência respiratória:** Apneia, esforço respiratório débil;
- **Colapso circulatório:** Bradicardia, hipotensão arterial, má perfusão periférica;
- **Má oxigenação:** Cianose central, hipoxemia ou palidez.

Colocar RN em incubadora previamente aquecida, manter oxigênio inalatório para manter saturação de 92% a 94% ou ventilação por pressão positiva, se necessário ->proceder transferência.

*ver protocolo de transferência do RN.

2.6 Planejamento reprodutivo – Dispositivo Intrauterino (DIU)

***A execução deste protocolo fica adstrita à disponibilidade do serviço e à capacitação profissional.**

Definição

O DIU é um objeto pequeno de plástico flexível, em forma de T, que mede aproximadamente 31 mm, que inserido na cavidade uterina exerce função contraceptiva.

Responsável

Enfermeira, Enfermeira Obstétrica, Obstetriz

DESCRIÇÃO

• Grupo de planejamento reprodutivo

É recomendado que a mulher participe do grupo de planejamento reprodutivo na UBS ou na Casa de Parto, mas para quem já escolheu o DIU como método contraceptivo, a não participação no grupo de planejamento não é impeditivo para inserção do dispositivo.

• Aconselhamento pré-inserção

Orientar sobre indicações, contra indicações e efeitos colaterais sobre este método. Ver POP inserção do DIU.

• Indicação

Mulheres em idade fértil, que desejarem colocar o dispositivo e estejam incluídas nos critérios 1 ou 2 de elegibilidade da OMS (Anexo 1).

• Contra Indicação

- ✓ Gravidez ou suspeita de gravidez;
- ✓ Aborto infectado nos últimos 03 meses;
- ✓ Alergia ao cobre;
- ✓ Alterações anatômicas do útero que impeçam uma correta posição do DIU como útero bicorno ou didelfo; Mioma uterino com distorção da cavidade uterina;
- ✓ Antecedentes de doença inflamatória pélvica por 02 ou mais vezes;
- ✓ Câncer de colo uterino, do endométrio, do ovário ou coriocarcinoma;
- ✓ Doença inflamatória pélvica aguda ou crônica, endometrite, cervicite mucopurulenta e tuberculose pélvica;

- ✓ Doença trofoblástica benigna;
- ✓ Infecções sexualmente transmissíveis (IST) em vigência, tais como clamídia, gonorréia e AIDS nos estágios clínicos 3 e 4; Sífilis tratada e HIV assintomática não são contra-indicações;
- ✓ Sangramento genital sem diagnóstico etiológico estabelecido;
- ✓ DIU pós-parto: presença de febre em trabalho de parto ou rotura das membranas ovulares há mais de 24 horas. No pós-parto hipotonia ou atonia uterina ou retenção placentária.
- ✓ Mulheres em uso de anticoagulante ou distúrbios de coagulação.

• **Efeitos adversos:**

- ✓ Alterações no ciclo menstrual, como menstruação prolongada, intensa e irregular e cólicas durante o período menstrual (comum nos primeiros três meses, geralmente diminuindo depois desse período);
- ✓ Sangramento e manchas (spotting) no intervalo entre as menstruações;
- ✓ Outros efeitos secundários são: Cólicas intensas ou dor até cinco dias depois da inserção; Dor e sangramento podem ocorrer imediatamente após a inserção do DIU, mas usualmente desaparecem em um ou dois dias.

• **Exames laboratoriais**

A solicitação de exames laboratoriais não deve ser rotina para a utilização do DIU, a avaliação clínica deve nortear a enfermeira obstétrica/obstetiz na decisão de quais mulheres podem usar o DIU com segurança e eficácia. Porém, em algumas situações esses exames podem auxiliar na melhor decisão sobre o método contraceptivo e cabe a enfermeira obstétrica/obstetiz solicitá-los apenas quando necessário e como forma complementar. São eles:

- Colpocitologia oncológica
- USG transvaginal
- HMG completo
- Teste de rápido de urina para detecção de gravidez;
- Testes rápidos de HIV e sífilis

• Momento ideal para a inserção



Fonte: Arquivo Casa Angela

O período menstrual pode facilitar o procedimento, devido as mudanças fisiológicas que ocorrem no colo do útero, além disso, a possibilidade de gestação é descartada. Porém a inserção do DIU pode ser realizada em qualquer período do ciclo sem necessidade de nenhum outro método contraceptivo de apoio. O DIU é inserido em continuidade ao método anterior, não sendo necessário associar com um método complementar. Porém deve-se orientar a continuidade do método utilizado antes da inserção pelo período de 1 mês, considerando período de adaptação e avaliação no retorno da paciente, que deverá ser agendado dentro de 30 dias.

Para as usuárias de DIU que queiram substituí-

lo, a remoção do antigo e inserção do novo pode ser realizado no mesmo momento.

Depois do parto deve ser inserido até 48 horas ou após 4 a 6 semanas. (vide pop DIU - inserção pós-parto).

• Analgesia

- ✓ Pode ser usado Ibuprofeno 600 mg ou Diclofenaco de sódio 50 mg 30 minutos antes da inserção para ajudar a reduzir as cólicas e a dor.
- ✓ Chá de Infusão de folha de louro (2-3 folhas para cada 500ml de água);
- ✓ Orientação para repouso e relaxamento.
- ✓ Pós inserção prescrever Ibuprofeno 300mg de 6/6 horas por até 5 dias ou Diclofenaco de sódio 50 mg de 8/8 horas por até 5 dia.

• Após a inserção

Orientar sobre possíveis cólicas e lembrar sobre os efeitos colaterais esperados. Não é necessário solicitar USG de rotina, somente se existir dúvidas quanto a localização do DIU. Se desejar, a própria mulher pode se tocar esporadicamente para verificar se os fios são palpáveis próximo ao colo do útero, confirmando assim a correta localização do DIU. Esclareça o mês e o ano em que o

DIU deverá ser retirado de acordo com o tempo de validade, preencha o cartão lembrete com essa informação e agende a consulta de retorno.

Orientar sinais de alarme que devem fazer com que a mulher procure serviço de emergência: febre, dor que não cede com uso de medicação analgésica, sangramento volumoso, corrimento fétido, ardência urinária, dor na relação sexual ou atraso menstrual.

Para as pacientes que usam coletores menstruais: não há risco de tracionar o DIU com uso de copo coletor menstrual, a não ser que o fio seja inadvertidamente puxado junto com o mesmo.

Orientar a abstinência sexual por uma semana.

• **Consulta de acompanhamento**

Deve ser agendada após 30 dias contados a partir da data de inserção, mas a mulher pode retornar sempre que necessário caso tenha sinais de infecção como: dor pélvica, dispaurenia, corrimento vaginal, febre e calafrios, caso desconfie de uma gestação ou ache que o DIU saiu do lugar.

- Agendar consulta de retorno dentro de 30 a 45 dias,
- Assegurar acesso ao acompanhamento e agenda aberta para consultas em caso de intercorrências;
- Encaminhar para rede para retornos subsequentes a cada seis meses no primeiro ano, demais retornos anuais;
- Nos retornos, acompanhar o prazo de duração do DIU e da data de remoção;
- Realizar controle do posicionamento do DIU por meio do exame especular, acompanhando o tamanho do fio (2 a 3 cm). Caso haja alteração do tamanho do fio ou não visualização, realizar controle ecográfico (ultrassom transvaginal).
- Avaliar e pesquisar condições clínicas que possam indicar a descontinuação do método; e avaliar a aceitabilidade do método;
- Atentar para sinais de alerta:
 - ✓ Dor intensa, ou que vem aumentando no baixo ventre, especialmente se acompanhada de febre e/ou sangramento nos intervalos entre as menstruações (sinais e sintomas de doença inflamatória pélvica).
 - ✓ Ausência de menstruação, ou suspeita de gravidez, especialmente se também apresenta sintomas de gravidez ectópica, tais como sangramento vaginal anormal, dor abdominal ou sensibilidade abdominal e/ou desmaios.
 - ✓ Exposição a ISTs ou diagnóstico de HIV/Aids.
 - ✓ Queixa de deslocamento do contraceptivo ou um objeto de consistência dura na vagina ou no colo, que pode ser parte do DIU.
 - ✓ Parceiro sexual sente os fios do DIU durante a relação sexual e isso o incomoda. Nesse caso, os fios podem ser aparados no serviço de saúde.

- ✓ Sangramento volumoso ou prolongado que incomoda a mulher.
- ✓ A mulher ou o seu parceiro não estão satisfeito com o DIU.
- Caso o Enfermeiro obstetra/obstetrix identifique alguma intercorrência ou julgue necessário, durante a consulta de acompanhamento, encaminhar para consulta médica.
- Monitorar data de vencimento do DIU.
- Programar e trocar o DIU a cada 10 anos.

PROBLEMAS E COMPLICAÇÕES:

- ✓ **Gravidez ectópica:** a gravidez ectópica ocorre em menos de 1,5 por 1.000 mulheres/ano/uso e, das gestações ocorridas em usuárias do DIU, 3 a 5% são ectópicas. Por essa razão a ocorrência de atraso menstrual deve ser investigada de forma a avaliar a possibilidade de gravidez e sua localização. Realizar teste rápido e encaminhar.
- ✓ **Gravidez tópica:** embora o DIU de cobre apresente taxa de gravidez bastante baixa, a ocorrência de gestações em mulheres com DIU demanda condutas adequadas, de acordo com a localização do saco gestacional em relação ao DIU e da idade gestacional no momento do diagnóstico. Se a gestação não ultrapassa as 12 ou 13 semanas e os fios do DIU são visíveis no exame especular, deve ser retirado delicadamente por tração contínua e suave. Nos casos de fios não visíveis ao exame especular, a histeroscopia realizada por profissional experiente e cuidadoso pode resolver boa parte dos casos. Explicar à mulher que existe a possibilidade de abortamentos espontâneos após a remoção do DIU em 50% dos casos. Nos casos de gestações mais avançadas, as tentativas de retirada devem ser evitadas. Nesses casos, é importante o aconselhamento da gestante, ressaltando que aquela gestação possui um risco aumentado de abortamento, trabalho de parto prematuro e infecções. Trata-se de gravidez de alto risco e a mulher deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco.
- ✓ **Perfuração:** é uma complicação rara (0,1%) que geralmente ocorre na inserção, como forma de prevenção a técnica deve ser realizada de forma cuidadosa. Em caso de perfuração durante a inserção, a usuária sente uma forte dor e o procedimento deve ser imediatamente interrompido, se ocorrer durante a histerometria, o DIU não deve ser colocado e deve-se reagendar a inserção após dois meses. Em casos de em que o DIU esteja na cavidade abdominal, a usuária deverá ser encaminhada para o hospital de referência para remoção cirúrgica.
- ✓ **Expulsão:** orientar a usuária a procurar o serviço de saúde o quanto antes para inserir novo DIU ou escolher outro método anticoncepcional e reforçar a orientação do uso de preservativo.
- ✓ **Dor ou sangramento:** retirar o DIU em caso de hemorragia abundante com impacto hemodinâmico encaminhar ao pronto socorro para avaliação médica.

- ✓ **Infecção:** Um pequeno percentual de mulheres poderá desenvolver quadro infeccioso após a colocação do DIU. A infecção pélvica, quando relacionada à inserção do DIU, geralmente ocorre no primeiro mês de uso. O grande fator de risco para uma mulher apresentar uma doença inflamatória pélvica (DIP) é a exposição às infecções sexualmente transmissíveis (IST). Portanto, o aconselhamento sobre uso de preservativos para prevenção destas infecções.
- ✓ Em caso de DIPA, **não** retirar o DIU e encaminhar para consulta médica para iniciar antibioticoterapia. Mulheres assintomáticas para DIPA, quando apresentam culturas positivas para gonorreia ou clamídia, devem ser encaminhadas para serem tratadas com as drogas recomendadas, sem a remoção do DIU. Mulheres assintomáticas para DIPA, em caso de vaginose bacteriana, devem ser tratadas com metronidazol ou secnidazol sem necessidade da retirada do DIU. Não existem evidências de que a prevalência de vaginose bacteriana seja influenciada pelo uso de DIU.
- ✓ **Ausência dos fios ao exame ginecológico:** questionar a mulher se notou a saída do DIU, realizar encaminhamento para verificar a posição do DIU via USG e descartar gestação.

MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES

1) Sangramento vaginal prolongado e volumoso:

Realizar exame pélvico para afastar doença cervical, gravidez ectópica ou doença inflamatória pélvica ou outra anormalidade e encaminhar quando necessário.

Avaliar se o sangramento prolongado e volumoso está relacionado com menos de três meses da inserção do dispositivo, se sim o sangramento está dentro do esperado como normal, tranquilizar a mulher explicando que as alterações menstruais são normais e provavelmente diminuirão com o tempo.

Incentivar o consumo de alimentos ricos em ferro e recomendar sua ingestão. Se necessário, fornecer suplementação de ferro.

Investigar se usuária deseja manter uso do dispositivo e sim orientar retorno em três meses para reavaliação.

Sangramento persistente recomendar uso de ibuprofeno ou outra droga anti-inflamatória não esteroide para ajudar a diminuir a perda de sangue

Remover DIU quando desejo da usuária e incentivar o uso de outro método contraceptivo

2) Sangramento após três meses da inserção do dispositivo e sem sinais de infecção ou outra anormalidade:

Avaliar queixa de sangramento ou dor intensa, avaliar hipótese de remoção do DIU de Cobre, incentivar escolha de um novo contraceptivo.

Solicitar hemograma para avaliar série vermelha, fornecer suplementação de ferro por três meses se anemia confirmada e indicar remoção do dispositivo.

3) Sangramento vaginal inexplicado e anormal que sugira gravidez ou condição clínica subjacente:

Encaminhar para investigação e tratamento. A mulher pode continuar a usar o DIU enquanto se submete à investigação.

4) Dor em baixo ventre que sugira doença inflamatória pélvica – DIPA:

Investigar a história e realizar o exame físico e valorizar região pélvica. Se os seguintes achados forem encontrados, encaminhar para serviço de referência:

- Ausência de menstruação, atraso menstrual ou gravidez.
- Parto ou aborto recente.
- Dor ou sensibilidade à palpação do abdome durante o exame.
- Sangramento vaginal.
- Massa pélvica.

Se a mulher não apresentar nenhuma das condições acima, diagnosticar DIPA, caso apresente quaisquer dos seguintes achados:

- Febre.
- Corrimento vaginal ou cervical anormal.
- Dor à mobilização do colo uterino durante exame pélvico.
- Sensibilidade sobre a região pélvica.
- Parceiro sexual com secreção uretral ou tratado para gonorreia.

O diagnóstico de DIPA pode ser difícil. Os sinais e sintomas podem ser leves ou ausentes, ou podem se confundir com sinais e sintomas de outras condições como gravidez ectópica e apendicite. Em caso de DIPA, encaminhar para tratamento imediatamente.

5) Infecção sexualmente transmissível em atividade ou nos últimos três meses

Mulheres assintomáticas para DIPA, quando apresentam culturas positivas para gonorreia ou clamídia, devem ser tratadas com as drogas recomendadas, sem a remoção do DIU. Entretanto, se existirem sintomas ou sinais de DIPA, o DIU deve ser retirado prontamente. Em caso de vaginose bacteriana deve ser tratada, sem a necessidade de retirada do DIU.

6) Gravidez:

Se os fios do DIU estão visíveis e a gravidez está no primeiro trimestre: explicar à mulher que a remoção é indicada devido ao risco de infecção. Explicar também que ela corre o risco de abortamento espontâneo. Se aceitar remover o DIU encaminhar para a remoção em ambiente hospitalar.

Se a gravidez já passou do primeiro trimestre, com o DIU distante do orifício interno do colo, as tentativas de retirada devem ser evitadas, pois a ocorrência de insucesso é muito alta. Nesses casos, é importante o aconselhamento da gestante, ressaltando que aquela gestação possui risco aumentado de abortamentos, trabalho de parto prematuro e infecções. A gestante deve ser encaminhada para atenção ao pré-natal de alto risco

7) O parceiro se queixa dos fios

Explicar à mulher (e ao seu parceiro, se possível) que uma sensibilidade ao fio do DIU é esperado, realizar exame especular e avaliar se os fios podem ser aparados mais curtos, recomendar nova tentativa e se persistência do incômodo avaliar remoção do DIU.

8) Não visualização do fio do DIU

Os cordões podem frequentemente ser extraídos do canal cervical rotando-se uma citoescova cervical de esfregaço de Papanicolaou no canal endocervical. Caso este procedimento não resolva a situação, deve ser feita a verificação ultrassonográfica da localização do DIU na cavidade uterina, solicitar retorno para reavaliação e incentivar a dupla proteção.

9) Expulsão do DIU

Incentivar outro método contraceptivo em casos de expulsão do dispositivo, porém um novo DIU poderá ser inserido se for desejo da usuária.

As usuárias devem ser instruídas sobre a necessidade de uma outra forma de contracepção em casos de expulsão do dispositivo.

ANEXO 1 - Critérios de elegibilidade para uso do dispositivo intrauterino – DIU de cobre

Categoria 1: o método pode ser usado sem restrições.

- ✓ Quatro semanas ou mais após o parto.
- ✓ Pós-aborto (primeiro trimestre).
- ✓ Idade de 20 anos ou mais.
- ✓ Fumante (qualquer idade).
- ✓ Hipertensão: História de hipertensão, onde a pressão sanguínea não pode ser diagnosticada; Hipertensão arterial; História de pré-eclâmpsia; o Hipertensão adequadamente controlada, onde a pressão sanguínea pode ser diagnosticada.
- ✓ Múltiplos fatores de risco para doença cardiovascular (como idade avançada, fumo, hipertensão e diabetes).
- ✓ Diabetes: História de diabetes gestacional; Diabetes (insulinodependente ou não); o Diabetes com lesão vascular ou duração maior que 20 anos.
- ✓ Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar atual ou no passado.
- ✓ História familiar de doença tromboembólica (parentesco de 1º grau).
- ✓ Cirurgias: Cirurgia de grande porte com ou sem imobilização prolongada; Cirurgia de pequeno porte sem imobilização.
- ✓ Varizes.
- ✓ Tromboflebite superficial.
- ✓ Doença cardíaca isquêmica atual ou passada.
- ✓ AVC.
- ✓ Hiperlipidemias.
- ✓ Doença cardíaca valvular complicada ou não.
- ✓ Cefaléia e enxaqueca com ou sem sintomas neurológicos focais.
- ✓ Nódulo mamário sem diagnóstico.
- ✓ Doença mamária benigna.
- ✓ Câncer de mama atual ou no passado.
- ✓ História familiar de câncer de mama.
- ✓ Ectopia cervical.
- ✓ Neoplasia intraepitelial cervical – NIC.
- ✓ Sangramento vaginal irregular não volumoso.
- ✓ Doença inflamatória pélvica no passado, sem fatores de risco para IST, com gravidez subsequente.
- ✓ Doença biliar sintomática ou assintomática.
- ✓ História de colestase relacionada à gravidez ou ao uso de anticoncepcional oral combinado.
- ✓ Hepatite: Hepatite viral aguda; Portador assintomático de hepatite viral.
- ✓ Cirrose hepática compensada ou descompensada.
- ✓ Tumor hepático benigno ou maligno.
- ✓ Antecedente de gravidez ectópica.
- ✓ Obesidade: IMC maior ou igual a 30 kg/m².
- ✓ Tireoidopatias (bócio simples, hipertireoidismo, hipotireoidismo).
- ✓ Epilepsia.
- ✓ Esquistossomose não complicada ou com fibrose hepática.
- ✓ Malária.
- ✓ Uso de qualquer antibiótico, inclusive rifampicina e griseofulvina.

- ✓ Uso de anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona).
- ✓ Multiparidade.
- ✓ Tuberculose não pélvica.
- ✓ Tumores ovarianos benignos (inclusive cistos).
- ✓ Cirurgia pélvica no passado.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, n. 26

Categoria 2: o método pode ser usado. As vantagens geralmente superam riscos possíveis ou comprovados. As condições da Categoria 2 devem ser consideradas na escolha de um método. Se a mulher escolhe esse método, um acompanhamento mais rigoroso pode ser necessário.

- ✓ Menos de 48 horas pós-parto (lactante ou não): há aumento do risco para expulsão do DIU
- ✓ Pós-aborto no segundo trimestre: há alguma preocupação sobre o risco de expulsão após o aborto no segundo trimestre.
- ✓ Menarca até < 20 anos: há aumento do risco de expulsão em mulheres jovens devido nuliparidade e o risco de IST deve ser considerado.
- ✓ Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana subaguda, uso de anticoagulação) é aconselhável o uso de antibioticoprofilaxia antes da inserção, se a mulher não está usando antibiótico regularmente.
- ✓ Sangramento volumoso e prolongado avaliar anemia, se presente enquadra-se na categoria 3
- ✓ Sangramento vaginal inexplicado (para continuação do uso): não é necessário remover o DIU antes da avaliação.
- ✓ Passado de doença inflamatória pélvica, sem fatores de risco atuais e sem gravidez subsequente: o risco atual de IST e o desejo de gravidez são fatores relevantes na escolha do método.
- ✓ Vaginite sem cervicite purulenta.
- ✓ Mioma uterino, sem distorção da cavidade uterina: miomas uterinos preexistentes podem distorcer a cavidade uterina e dificultar o correto posicionamento do DIU.
- ✓ Talassemia.
- ✓ Anemia falciforme.
- ✓ Anemia ferropriva: o DIU pode aumentar a perda sanguínea.
- ✓ Nuliparidade: está associada com aumento do risco para expulsão.
- ✓ Alterações anatômicas que não distorcem a cavidade uterina ou não interferem com

inserção do DIU (incluindo estenose ou lacerações de colo).

- ✓ **Dismenorreia grave: pode haver piora da dismenorreia.**
- ✓ **Endometriose.**

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, n. 26

Categoria 3 e 4: o método não deve ser usado. Os riscos possíveis e comprovados superam os benefícios do método.

- ✓ **48 horas a 4 semanas após o parto: existe aumento do risco de perfuração uterina em inserções entre 48 horas e 28 dias pós-parto.**
- ✓ **Risco aumentado para IST/HIV: existe aumento do risco para doença inflamatória pélvica.**
- ✓ **Aids: para iniciar o uso, essa condição enquadra-se na Categoria 3. Para continuação de uso, enquadra-se na Categoria 2. Se a mulher estiver clinicamente bem, mas em terapia ARV, essa condição enquadra-se na Categoria 2.**
- ✓ **Tuberculose pélvica: existe aumento do risco para infecção secundária e sangramento.**
- ✓ **Câncer de ovário.**
- ✓ **Gravidez: nenhum método é indicado durante a gravidez. O uso de DIU durante a gravidez aumenta bastante o risco para abortamento espontâneo e aborto séptico.**
- ✓ **Infecção puerperal.**
- ✓ **Após aborto séptico.**
- ✓ **Sangramento vaginal inexplicado (suspeita de condições sérias), antes do diagnóstico: se há suspeita de gravidez ou alguma condição clínica subjacente, deve-se investigar e a classificação da categoria deve ser avaliada após o diagnóstico. Não é necessário remover o DIU durante a investigação.**
- ✓ **Câncer de colo uterino: pode aumentar o risco para infecção e sangramento durante a inserção, que pode piorar a situação; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento.**
- ✓ **Câncer de endométrio: pode aumentar o risco para infecção, perfuração e sangramento durante a inserção, que podem piorar a condição; o DIU deve ser removido ao começar o tratamento.**
- ✓ **Doença inflamatória pélvica atual ou nos últimos três meses (para iniciar o uso): o DIU aumenta muito o risco de doença inflamatória pélvica para essas mulheres. Há sérias**

preocupações de que o DIU possa piorar uma DIP. Uma DIP recente é forte fator de risco para uma DIP subsequente. A continuação de uso depende dos fatores de risco da mulher para IST e DIP e deve ser uma decisão informada.

- ✓ **Doença sexualmente transmissível atual ou nos últimos três meses, incluindo cervicite purulenta: há sérias preocupações sobre o aumento do risco de DIP em mulheres com IST, ou em alto risco para elas, que inserem DIU.**
- ✓ **Doença trofoblástica benigna e maligna: há risco maior de perfuração uterina porque o tratamento da condição inclui curetagens repetidas.**
- ✓ **Alterações anatômicas que distorcem a cavidade uterina: o correto posicionamento do DIU na cavidade uterina pode ser impossível.**
- ✓ **Mioma uterino com distorção da cavidade uterina.**

Fonte: Cadernos de Atenção Básica, n. 26

Nota

A inserção de DIU pode ser realizada por médico(a) e enfermeiro(a). O enfermeiro está apto a realizar consulta clínica e a prescrever e inserir o DIU como ações intraconsulta, após treinamento e cumprindo o disposto na Resolução COFEN nº 358/2009; Orientação Fundamentada Nº 060/2016. Assunto: Inserção de DIU (Dispositivo Intra Uterino) e PARECER Nº 17/2010/ COFEN/ CTLN.

Não é necessário realizar ultrassonografia, após a inserção, como rotina. A ultrassonografia deve ser realizada quando existe dúvida se o DIU está corretamente posicionado e na condução de casos com suspeita ou presença de complicações.

REFERÊNCIAS

American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin nº. 146: Management of late-term and postterm pregnancies. *Obstet Gynecol* 2014;124(2 Pt 1):390-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 5/2018-CGSMU/DAPES/SAS/MS, 2018 in: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380^A Anexo 2/ – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.I cuidados gerais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.II intervenções comuns, icterícias e infecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.III Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1ª ed., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.26).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico/ Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. 5ª ed. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Delaney M, Roggensack A. Nº. 214-Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. JOGC, 2017;39(8):e164-e174.

Enkin M et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Febrasgo. Projeto diretrizes AMB/CFM. Rotura prematura das membranas. 2008. Disponível em: <https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/rotura-prematura-de-membranas.pdf>

Optima DIU TCu 380A. Instruções de uso. Responsável Técnico Celina da Cunha, São Paulo: Injeflex Ind e Com LTDA. 2016.

Rezende J, Montenegro CAB. Rezende Obstetrícia Fundamental. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Encarte Técnico Assistência Obstétrica e Perinatal. Rede de Proteção à Mãe Paulistana. São Paulo, 2007.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Áreas Técnica em Saúde da Mulher e da Criança e Assistência Laboratorial. Nota técnica: Prevenção da infecção neonatal pelo Streptococcusagalactiae (Estreptococo Grupo B ou GBS)- São Paulo: SMS/SP, SD. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/mulher/Prot_estreptococo_B.pdf

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2014.

The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice and Society for Maternal-Fetal Medicine nº. 579. Definition of term Pregnancy. Obstet Gynecol 2013; 122: 1139-40.

World Health Organization. WHO recommendations for Induction of labour. Geneva, Switzerland, 2011.

Capítulo 3

NORMAS E ROTINAS

3.1 ACOLHIMENTO DE NOVAS GESTANTES

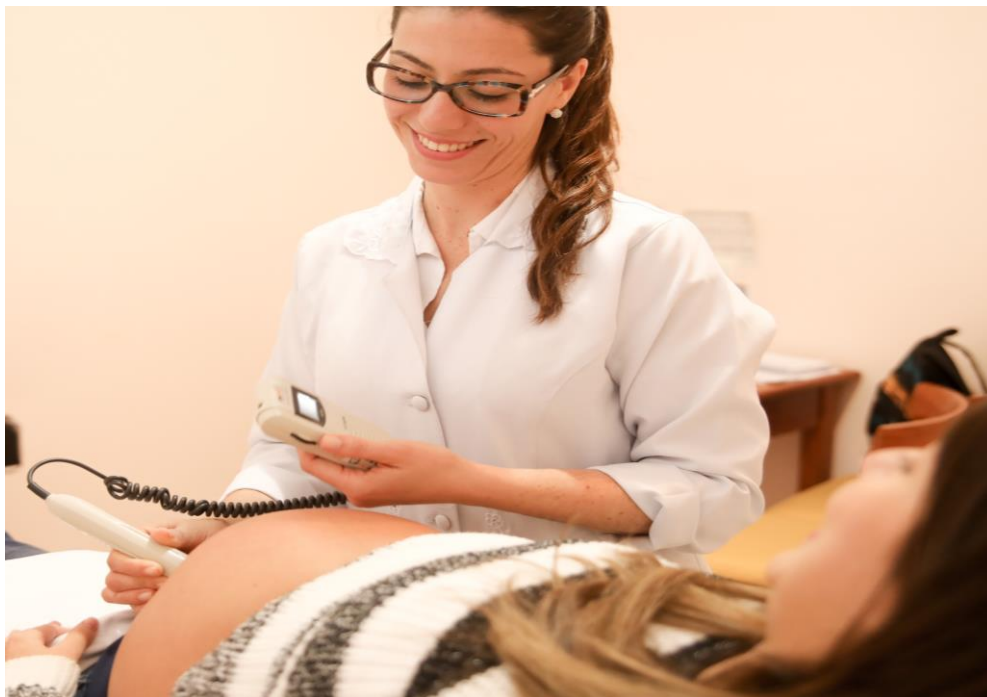
APRESENTAÇÃO DA CASA DE PARTO PARA GESTANTES E FAMILIARES

Poderá ser individual ou em grupo

- 1 Iniciar com uma apresentação pessoal (nome, função e experiência) e do grupo/gestante (nome, como conheceu a Casa de Parto, quantas semanas de gestação e paridade);
- 2 Apresentar os serviços oferecidos: Acompanhamento da gestação (consultas, exames, cursos e grupos), assistência ao parto, atendimento de pós-parto, cuidados com recém-nascido, incentivo e apoio ao aleitamento materno.
- 3 Ressaltar a importância da presença do acompanhante nas consultas, nos grupos e no momento do parto.
- 4 Salientar a importância do acompanhamento de pré-natal na rede pública ou privada de acordo com o desejo da gestante.
- 5 Orientar que a Casa de Parto é uma opção somente para gestantes de baixo risco, que desejam um parto normal e que a equipe é formada por enfermeiras obstetras/obstetizes;
- 6 Explicar sobre a probabilidade de transferência para o hospital, algumas das razões pelas quais isso pode acontecer e o tempo necessário;
- 7 Orientar que a Casa de Parto oferece todo equipamento e equipe preparada para manejo de intercorrências obstétricas e neonatais e se relaciona com referência e contrarreferência para a atenção básica e hospital;
- 8 Apresentar a Casa (espaço físico) e equipe que estiver presente
- 9 Caso for o desejo da gestante de ser acompanhada na Casa de Parto, definir os critérios de elegibilidade (*ver critérios para acompanhamento e abertura de plano) e agendar a 1ª consulta individual;
- 10 Se a gestante não possuir cartão SUS, abrir ou orientá-la a ir à UBS de referência para providenciar.
- 11 Esclarecer dúvidas.

3.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM (GESTANTE)

A consulta de enfermagem tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa, além da preparação para o parto, pós-parto e vínculo familiar.



Fonte: Arquivo Casa Angela

- Garantir que a gestante tenha consultas quinzenais de 35 a 37 semanas, semanais até 40 semanas e em dias alternados a partir de 40 semanas até 41 semanas. É indispensável que a avaliação do risco gestacional seja permanente, ou seja, aconteça em cada consulta.
- Com IG \geq 37 semanas, a enfermeira obstetra/obstetriz deverá entregar, ler e explicar o termo de consentimento livre e esclarecido para a assistência ao parto normal à gestante e seu acompanhante. Estimular a elaboração do plano de parto, entregar folheto de orientação para elaboração do plano de parto. Fonte: arquivo Casa Angela
- Com IG \geq 40 semanas, realizar consulta a cada 2 dias com realização de cardiotocografia e técnicas não farmacológicas para estimular trabalho de parto *Ver protocolo de gestação prolongada.
- A gestante deverá ser atendida sempre que apresentar queixa independente do calendário estabelecido.

(Consultar - Manual de Enfermagem Saúde da Mulher Saúde SMS , 2015)

DATAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

Seguir a DUM, na incerteza utilizar o USG mais precoce* e avaliação clínica. O método para calcular é a regra de NAEGELE.

* Quadro 1. Readequando a data provável do parto (DPP) pela Ultrassonografia (USG)

Idade gestacional estimada pela data da última menstruação	Parâmetro biomédico para datação pela USG	Discrepância/diferença que apoia a readequação da IG pela DUM para a data da USG
$\leq 13^{6/7}$ semanas <ul style="list-style-type: none">$\leq 8^{6/7}$ semanas$\leq 9^{0/7}$ a $13^{6/7}$ semanas	Comprimento crânio-caudal	<ul style="list-style-type: none">Diferença de mais de 5 diasDiferença de mais de 7 dias
$14^{0/7}$ a $15^{6/7}$ semanas	Diâmetro biparietal (DBP), circunferência cefálica (CC), abdominal (CA) e comprimento do fêmur (CF)	Diferença de mais de 7 dias
$16^{0/7}$ a $21^{6/7}$ semanas	DBP, CC, CA e CF	Diferença de mais de 10 dias
$22^{0/7}$ a $27^{6/7}$ semanas	DBP, CC, CA e CF	Diferença de mais de 14 dias
$28^{0/7}$ semanas em diante ^a	DBP, CC, CA e CF	Diferença de mais de 21 dias

Tendo em vista o risco de, no terceiro trimestre, readequar a data de um feto pequeno que esteja apresentando crescimento intrauterino restrito pela USG somente, é importante considerar toda a história clínica e ter uma supervisão próxima do caso.

Fonte: Adaptado de ACOG Committee Opinion nº.700 Methods for estimating the due date. Obstet Gynecol 2017;129:e150-4.

ORIENTAÇÕES

A gestante e a família devem receber orientações de acordo com as questões e dúvidas que trazem, e em relação à:

- Importância do pré-natal na unidade de origem
- Para que mantenha consigo o cartão da gestante
- Cuidados de higiene
- Realização de atividade física
- Promoção da alimentação saudável
- Modificações corporais e emocionais

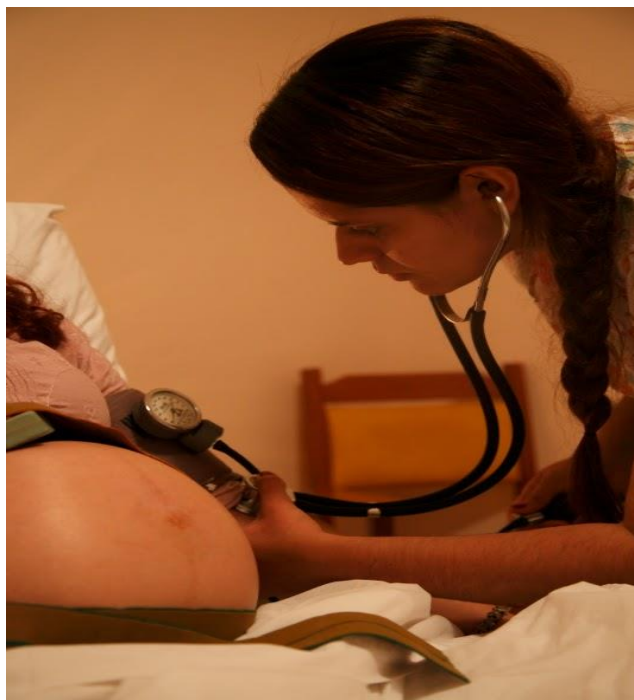
- Atividade sexual, incluindo prevenção de IST e infecções como Zica Vírus
- Sintomas comuns da gravidez e orientações para queixas
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações
- Medos e fantasias referentes à gestação e parto
- Conversa e reflexão sobre o parto: Conversar sobre suas dúvidas, desejos, traumas, medos e experiências, considerar na conversa o local do parto, transporte, recursos necessários para o parto e recém-nascido, apoio familiar e social. Auxiliar para que a gestante pense sobre seu parto, incentivar e orientar os benefícios para mãe-RN do parto normal, orientar quanto ao direito de acompanhante e transferências.
- Preparo para o parto
- Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz.
- Sinais e sintomas do parto – controle da movimentação fetal, dinâmica uterina, rotura da bolsa das águas, sangramento vaginal normal e aumentado, perda do tampão mucoso.
- Orientação e incentivo ao aleitamento materno
- Cuidados após o parto com a mulher e RN
- Benefícios legais que a mulher tem direito
- Importância da participação do pai/acompanhante
- Importância das consultas puerperais
- Cuidados com o recém-nascido - Importância da realização da triagem neonatal na primeira semana de vida e acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança.

3.3 ACOLHIMENTO E AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ADMISSÃO NO TRABALHO DE PARTO

- A gestante/parturiente poderá estar na presença de até dois acompanhantes por ela escolhidos.
- A enfermeira obstetra/obstetriz deverá apresentar-se identificando pelo nome (caso ainda não se conheça do pré-natal).
- Valorizar as queixas da gestante/parturiente.
- Antes de proceder ao exame físico explicar de forma clara como será realizado.
- Realizar exame físico e obstétrico com triagem de risco e diagnóstico de trabalho de parto.

EXAME FÍSICO E OBSTÉTRICO:

- Avaliação da evolução do cartão de pré-natal;
- Anamnese;
- Exame clínico;
- Exame obstétrico;
- Avaliação da vitalidade fetal através de uma cardiocografia;
- Avaliação da atividade uterina;
- Avaliação da maturidade e do bem-estar fetal;
- Checar o plano de parto e o termo de consentimento para o parto;
- Em caso de RPM-T ver protocolo.



Fonte: Arquivo Casa Angela

AVALIAÇÃO DE RISCO:

Realizar a avaliação de risco de acordo com os critérios de admissão e permanência na Casa de Parto

Baixo Risco e trabalho de parto ativo

(contrações uterinas regulares e dilatação cervical progressiva a partir dos 4cm):

-> Admissão para assistência ao parto

Baixo risco e trabalho de parto latente

(contrações uterinas dolorosas, irregulares na intensidade e frequência e modificação cervical, incluindo apagamento e dilatação até 4 cm):

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

3.4 OBSERVAÇÃO

A gestante em pródomos ou em fase latente do trabalho de parto, que se encontra ansiosa ou insegura para ir para casa, poderá permanecer na Casa de Parto em observação, pelo período de 4 horas ou poderá prolongar-se esse período caso a enfermeira obstetra/obstetriz julgue necessário mediante justificativa escrita.

- Explicar para parturiente e seu acompanhante a fase do trabalho de parto;
- Realizar cardiotocografia e sinais vitais na admissão;
- Avaliar BCF e dinâmica uterina a cada hora;
- Oferecer dieta leve;
- Atentar para eliminação vesical e intestinal
- Providenciar recurso necessário para descansar e/ou usar métodos não farmacológicos para alívio da dor e/ou para estímulo ao trabalho de parto de acordo com cada caso e avaliação da enfermeira obstetra/obstetriz.

- Evoluir em impresso próprio a cada hora e sempre que ocorrer outros eventos/informações importantes.



Fonte: Arquivo Casa Angela

3.5 ADMISSÃO

Feito o diagnóstico de trabalho de parto e avaliação de risco dentro da normalidade, a enfermeira (o) obstetra/obstetrix deverá proceder a internação.

- Explicar para parturiente e seus acompanhantes a fase do trabalho de parto, anexar no prontuário a caderneta de pré-natal, cartão SUS e RG ou CPF, realizar teste rápido de HIV, VDRL e Hepatite B.
- Preparar o quarto PPP para receber a parturiente e seus acompanhantes, o ambiente deve ser acolhedor, com luz amena, conforme as preferências da parturiente. Providenciar garrafa de água e refeição de acordo com o horário.
- Orientar/auxiliar a troca de roupa, se ela assim desejar.
- Relembrar a parturiente e seus acompanhantes as rotinas da instituição: orientar que o celular deve permanecer no silencioso, que fotos serão autorizadas em momentos oportunos. Não serão permitidas visitas durante o trabalho de parto.
- Mostrar o banheiro que a parturiente irá usar.

Durante o pré-parto, o parto e o puerpério imediato, as mulheres serão atendidas na mesma sala.

A fim de preservar a intimidade da família e de valorizar o significado afetivo do nascimento da criança, o ambiente será aconchegante, simples e tranquilo.

A unidade estrutural básica é composta por quartos PPPs. Estas acomodações contam com um espaço que pode conter:

Cama PPP, banheira, poltrona para os acompanhantes, mesa de refeição, escada com degraus, bola, cavalinho para balanço pélvico, banquetas/puff para parto, esteiras de borracha/colchonetes, banheiro individual para cada quarto com chuveiro, além de estrutura e material para o atendimento que for necessário.

Em relação aos acompanhantes, a equipe deve:

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

3.6 TRABALHO DE PARTO

CONSIDERAR, OBSERVAR E REGISTRAR:

1. BATIMENTOS CARDIO-FETAIS (BCF):

Realizar a avaliação do BCF periodicamente

- Durante a FASE ATIVA a cada 30 minutos ou menos, na medida em que o parto progride e a situação do momento assim o exija;
- Durante o período expulsivo fase latente ->a cada 15 minutos;
- Durante o período expulsivo fase ativa->a cada 5 minutos;

Realizar a ausculta na posição em que a parturiente estiver no momento (deitada, sentada, em pé, na banheira ou chuveiro), sempre antes, durante e após as contrações.

2. CARDIOTOCOGRAFIA:

Todas as parturientes na admissão serão submetidas à cardiocotografia pelo período de 20 minutos e posteriormente, a cada 6 horas e ou quando houver indicação.

Não restringir a parturiente no leito, pode ser realizado com a parturiente em outras posições, como: sentada na bola, poltrona, 4 apoios, de acordo com a preferência da mulher.



Fonte: Arquivo Casa Angela

3. DINÂMICA UTERINA

Realizar de 1 em 1 hora.

4. EXAME VAGINAL

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

5. SINAIS VITAIS

Frequência cardíaca de 1 em 1 hora;

Temperatura e pressão arterial de 4 em 4 horas.

6. HIDRATAÇÃO

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

7. DIETA

Dieta geral, a parturiente poderá escolher entre líquidos (sucos, chás, água), frutas.

Atentar para a necessidade de reposição de energia e hidratação, atuar prevenindo a desidratação e hipoglicemia.

8. CONFORTO FÍSICO E HIGIENE CORPORAL

Cuidar para que a parturiente esteja sempre confortável e com os pés aquecidos.

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



Fonte: Arquivo Casa Angela

9. MICÇÃO E EVACUAÇÃO

Atentar para eliminação espontânea, sempre anotar e estimular caso não elimine espontaneamente.

10. POSIÇÃO DA PARTURIENTE

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

A parturiente poderá usar posições horizontais para descansar, porém essa posição, principalmente o decúbito dorsal, deve ser evitada. Relembrar a parturiente sobre as vantagens das posições verticalizadas (ver protocolos práticas integrativas e complementares).

11- ALÍVIO DA DOR

Avaliar o grau de dor, tensão e medo e da necessidade de apoio físico e emocional.

- Aplicar métodos não farmacológicos, como técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, modificações da posição da parturiente, banhos com água morna, massagens, etc. (ver protocolos práticas integrativas e complementares).
- A prevenção do círculo vicioso de "medo-tensão-dor", é feita através da preservação da privacidade, com a presença e apoio emocional dos familiares e da equipe, com o contato físico e a transmissão de tranquilidade e segurança.

12 – RESPIRAÇÃO

Valorizar a respiração espontânea da parturiente, se ela encontrar dificuldades de realizar durante a contração ou depois, a equipe deve observar e perceber qual a melhor maneira de orientá-la.

Expirações lentas ajudam a reestabelecer a respiração fisiológica, promove e restitui autocontrole e oxigenação materno-fetal.

13 - PRÁTICAS INTEGRATIVAS

Utilizar técnicas como:

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

14 - ABRIR PARTOGRAMA PARA AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DO PARTO

(vide POP partograma).

3.7 PERÍODO EXPULSIVO

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

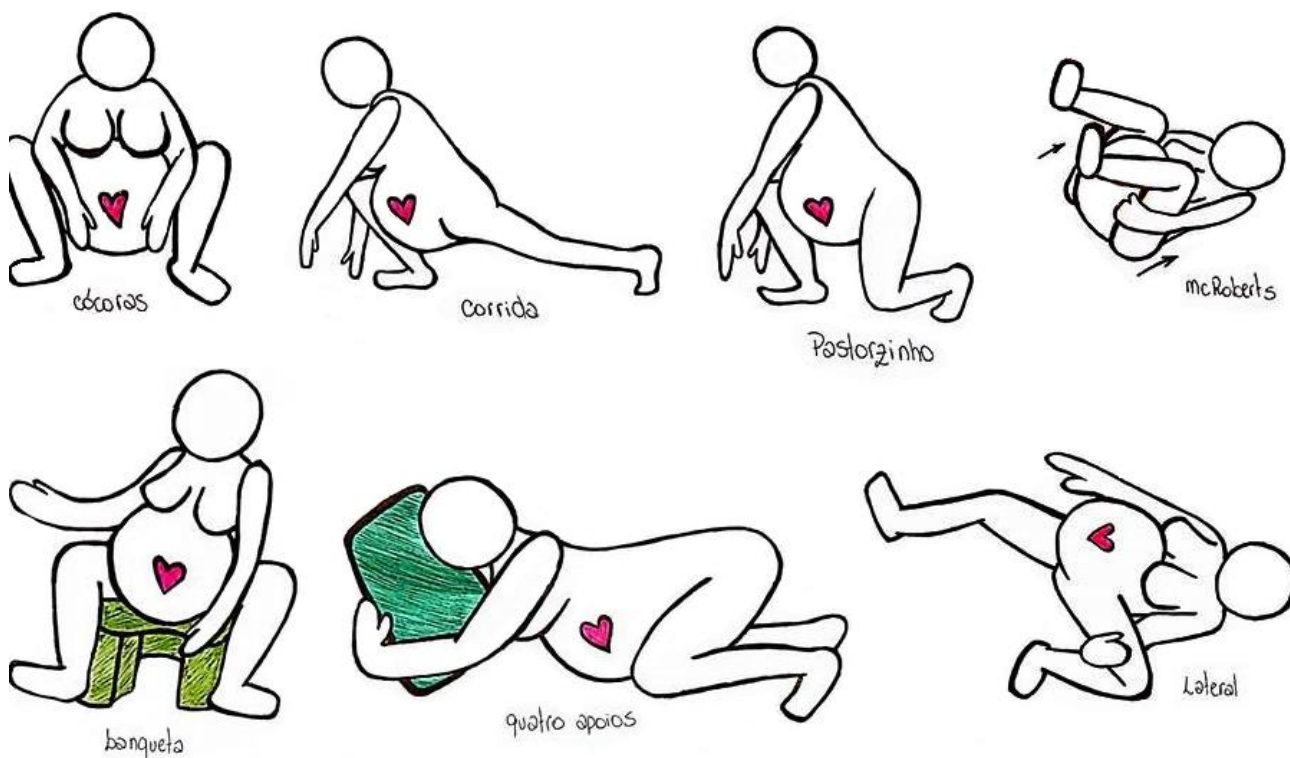


Fonte: Arquivo Casa Angela

POSIÇÃO DO PARTO ->

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

Figura 3.1 Posições para o parto:



Fonte: desenhos realizados pela Obstetriz Rosely Sayuri Kuamoto.

PUXOS ->

Esperar o aparecimento espontâneo de puxos. Caso o puxo espontâneo seja ineficaz ou se solicitado pela parturiente, a enfermeira obstetra/obstetriz ensinará a parturiente e seu acompanhante como aproveitar este processo fisiológico de maneira efetiva, através de respiração, sonorização, mudança de posição, esvaziamento da bexiga e encorajamento.

Os puxos dirigidos devem ser evitados de rotina e utilizados em caso de necessidade.

CUIDADOS COM O PERÍNEO ->

Realização de episiotomia somente se necessário. (Ver POP de episiotomia)

"HANDS OFF – HANDS ON":

As duas técnicas ->

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

"**hands off**" (mãos sem tocar o períneo e a cabeça, mas preparadas para tal)

podem ser utilizadas para facilitar o parto espontâneo.

- Podem ser usadas compressas quentes no períneo
- Prevenir desprendimento cefálico abrupto.

DESPRENDIMENTO CEFÁLICO ->

Se a técnica "*hands on*" for adotada, controlar a deflexão da cabeça e orientar a parturiente para não empurrar neste momento.

Certificar-se da ausência de circular de cordão, procedendo seu afrouxamento se necessário. Aguardar rotação externa espontânea, observar a face do concepto, realizar drenagem no nariz se necessário.

Se tudo esta dentro da normalidade, quem deve impor o ritmo é a mulher.

DESPRENDIMENTO CÔRMICO ->

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

O NASCIMENTO DA CRIANÇA E INTERAÇÃO MÃE E FILHO



Fonte: Arquivo Casa Angela

- Respeitar e valorizar este momento tão importante para a mãe, o pai e o recém-nascido (RN). O RN deve ser recebido com muita delicadeza e tranquilidade.
- O horário do nascimento deve ser registrado.

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

3.8 DEQUITAÇÃO

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



Fonte: Arquivo Casa Angela

Observação: Grandes múltiparas (≥ 4 partos) deverão ter vigilância mais rigorosa e após criteriosa avaliação pode ser realizado ocitocina EV 20 UI em SF 0,9% 500ml.

3.9 PERÍODO DE GREENBERG

Classicamente denomina-se de Greenberg ao período de pós-parto imediato, após a dequitação.

Inicia-se após a dequitação da placenta e estendem-se pelas primeiras duas horas pós-parto.

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

A puérpera permanecerá no quarto PPP por uma a duas horas, quando será encaminhada ao alojamento conjunto com seu RN.



Fonte: Arquivo Casa Angela

3.10 RECEPÇÃO DO RECÉM-NASCIDO (RN)

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

Nos casos em que houver condições que indiquem risco, a equipe deverá ficar alerta para o recrutamento de mais profissionais e a utilização dos equipamentos necessários.

Em qualquer nascimento, a equipe deverá estar capacitada para receber adequadamente este RN, identificando aquele que pode ser acolhido no colo materno logo após o nascimento e aquele que precisará ser reanimado.

O atendimento adequado reduz a mortalidade neonatal e as sequelas neurológicas.

Os ajustes fisiológicos necessários para a transição do RN da vida intrauterina para a extrauterina devem ser acompanhados de maneira segura possibilitando identificar a necessidade de atendimento para iniciar a respiração com manobras mais agressivas.

As medidas de atendimento imediatas, realizadas no recém-nascido após o nascimento, deverão se limitar ao necessário e indicado. Elas deverão ser organizadas de modo que não interfiram no estabelecimento de vínculos afetivos entre mãe, pai e RN.

Os pais deverão ser orientados em relação a todos os procedimentos e ao resultado das avaliações realizados na medida em que estes se referem ao bem-estar do RN.

A utilização de tecnologia apropriada, ambiente aconchegante, promoção do vínculo mãe-RN e a iniciação e apoio ao aleitamento materno visam reduzir a morbidade e mortalidade neonatal.

A necessidade de reanimação pode não ser previsível, por isso é fundamental que os materiais e equipamentos sejam preparados com antecedência ao parto.

- Logo após o nascimento deve acontecer a aproximação íntima e precoce da mãe com RN através do contato pele a pele;
- A equipe deverá aquecer e enxugar o RN com toalhas quentes;
- Na sala ou suíte PPP (pré-parto, parto e pós-parto) o profissional responsável para avaliar, indicar e realizar todos os procedimentos pertinentes ao cuidado com o RN é a enfermeira obstetra/obstetrix;
- Logo ao nascer, enquanto o RN é colocado em contato pele a pele com a mãe, a enfermeira obstetra/obstetrix deverá:
- Avaliar as condições de vitalidade do RN (frequência cardíaca, observação de sua respiração, tônus, coloração, reatividade) para determinar a necessidade de cuidados mais intensivos podendo ser feito enquanto o RN ainda está sobre a mãe;
- Verificar permeabilidade das vias aéreas, se necessário limpar boca e nariz do RN;

- Manter a temperatura do RN através do contato pele a pele com a mãe e toalhas aquecidas;
- Quantificar o índice de Apgar no 1º e 5º minutos de vida;
- Clampear o cordão após cessar a pulsação, incentivar para que o acompanhante ou a própria puérpera realize;
- Registrar o horário do nascimento



Fonte: Arquivo Casa Angela

APÓS OS PRIMEIROS CUIDADOS:

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

EM UM SEGUNDO MOMENTO

- Registrar em impresso próprio a evolução
- Avaliar a interação mãe-RN

3.11 ALOJAMENTO CONJUNTO

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

OBJETIVO

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

A UNIDADE É COMPOSTA POR:

Quartos de alojamento conjunto que contém->

O leito, o berço com cuba de acrílico, poltronas para o acompanhante e puérpera utilizar na amamentação, mesa de refeição, escada com dois degraus, banheiro, além de estrutura e material para o atendimento que for necessário.

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

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

LIBERAÇÃO DA PUÉRPERA E DO RN PARA O ALOJAMENTO CONJUNTO:

Realizado pela enfermeira obstetra/obstetriz;

Dependerá da avaliação do bem-estar geral do binômio (condições perineais, sinais vitais, amamentação...)

A transferência para o alojamento conjunto só ocorrerá após a puérpera ter se alimentado e realizado higiene corporal (banho).



Fonte: Arquivo Casa Angela

NORMAS GERAIS -> **A puérpera deve estar em condição clínica de cuidar do seu RN, que deve ter boa vitalidade, controle térmico corporal e capacidade de sucção e deglutição adequadas para amamentação.**

O alojamento conjunto deve ser iniciado logo após o nascimento, já na sala de parto.

O incentivo e apoio ao aleitamento materno devem ser uma constante entre os profissionais.

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

- Realizar orientações quanto às rotinas da unidade (horários de refeição/visitas/primeiros cuidados de higiene com RN, previsão de alta);

- Esclarecer dúvidas da puérpera e/ou acompanhante;
- Elaborar a SAE;
- Providenciar ambiente calmo e tranquilo;
- Manter a campainha a altura da puérpera.

ACOMPANHAMENTO DA MULHER NO PUERPÉRIO ->

- Monitorar sinais vitais, eliminações fisiológicas, secreções, sangramento vaginal e involução uterina, diariamente, com intervalo máximo de 6 horas;
- Realizar imunoglobulina, no caso da puérpera possuir Rh negativo e RN com Rh positivo;
- Providenciar coleta e encaminhamento de exames se necessário;
- O primeiro banho deverá ser acompanhado pela enfermagem;
- Estimular o banho diário;
- Orientar a higienização perineal com água após as eliminações; principalmente nas episiorrafias/laceração;
- Estimular e confirmar as orientações dos exercícios perineais, 30 séries, 2 vezes ao dia, durante todo o puerpério;
- Observar e prestar cuidados com o períneo, observando a presença de edema e hematoma;
- Manter puérpera limpa e confortável e assegurar seu descanso;
- Estimular a deambulação, ajudando a involução uterina e promovendo uma melhor drenagem das loquias, também um melhor funcionamento da bexiga e intestino, estimulando também a circulação sanguínea reduzindo a incidência de tromboembolismo venoso;
- Observar, anotar e comunicar bem-estar geral e interação com o RN;
- Identificar e anotar sinais e sintomas como: Irritabilidade, náuseas e vômitos, cefaleia;
- Orientar sobre a necessidade de sono e repouso;
- Estimular a ingestão hídrica;
- Suplementar com sulfato ferroso com 40 mg de ferro elementar /dia, 30 minutos antes do almoço com suco cítrico por 40 dias.
- Orientar a importância da dieta equilibrada, com alimentos ricos em fibras e ferro;

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

ACOMPANHAMENTO DO RN ->



Fonte: Arquivo Casa Angela

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

CUIDADOS COM AMAMENTAÇÃO ->

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

Consultar Manual de Enfermagem Saúde da Criança SMS, 2015



Fonte: Arquivo Casa Angela

3.12 ALTA

Dependendo da paridade, do bem-estar, das condições fisiológicas individuais maternas e neonatais, da disposição psicológica da mãe e da eficácia da amamentação, mãe e RN receberão alta com 48 horas de vida.

- O binômio poderá receber alta depois de, no mínimo, 24 horas após o parto, desde que:
- RN de termo, peso adequado para idade gestacional;
- Sinais vitais do RN estarem documentados e normais e estáveis 12 horas antes da alta (FR <60 rpm, FC 100-160 bpm, temperatura axilar de 36,1 a 37° C em berço aberto com vestimenta apropriada) ;
- Presença de micção e eliminação de mecônio;
- Amamentação eficaz;
- Exame físico sem anormalidades;
- Não existência de evidência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida;
- A mãe, ou de preferencia, os pais, devem ter conhecimento, habilidade e confiança para realizar os cuidados adequados ao RN e reconhecer padrões ineficazes de aleitamento materno, o agravamento de icterícia e eventual desidratação;
- Os exames laboratoriais devem ser revistos, incluindo: tipagem sanguínea e Coombs direto;
- A família, o ambiente e os fatores de risco social, como usam de drogas ilícitas, alcoolismo, violência doméstica, suporte social e econômico insuficiente, ausência de residência fixa, sinais e sintomas de depressão pós-parto, quando presentes, a alta deve ser retardada.
- A puérpera deverá se responsabilizar, assinando o termo de responsabilidade, que retornará no 3° ao 5° dia de vida para coleta do Teste do pezinho.

ROTINA DA ALTA ->

- Realizar exame físico completo do binômio;
- Verificar os sinais vitais binômio;
- Realizar o teste de oximetria para triagem de cardiopatia congênita (ver POP);
- Realizar o teste do reflexo vermelho;
- Mensurar o peso, medida e PC do RN;

- Observar uma mamada;
- Verificar os resultados de exames laboratoriais- Tipagem sanguínea e outros se houver;
- Realizar a triagem de risco e vulnerabilidade social;
- Coletar exame teste do pezinho (se alta após 48 h de vida);
- Agendar coleta do exame de teste do pezinho (se alta >24h e < 48 horas).
- Agendar consulta pós-parto para mãe e RN no 5º, 15º e de 30º a 40º dia pós-parto e grupos;
- Entregar documentos devidamente preenchidos. São eles: Declaração de Nascido Vivo (Via amarela), carteira de pré-natal, carteira de vacina materna e do RN, resultado de exames laboratoriais (tipagem sanguínea do RN, testes rápidos para HIV e sífilis) e resumo de alta.
- Comunicar a alta da puérpera e do RN à equipe de sua UBS de origem para contra referenciar aos cuidados da atenção básica;
- Mães com RN em situação de risco e vulnerabilidade social deverão ser identificados para encaminhamento diferenciado;
- Prescrever suplementação de sulfato ferroso com 40 mg de ferro elementar /dia, 30 minutos antes do almoço com suco cítrico por 40 dias.

ORIENTAÇÕES A SEREM REALIZADAS NA ALTA ->

AMAMENTAÇÃO

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

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

Consultar Manual de Enfermagem Saúde da Criança SMS, 2015

HIGIENE ÍNTIMA E CUIDADO COM OS PONTOS (SE HOUVER)

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

ABSTINÊNCIA SEXUAL

- Deverá ser de 4 a 6 semanas após o parto, orientar evitar esforços excessivos e relações sexuais neste período.
- Orientar que antes de retornar a atividade sexual, deverá procurar orientações na Casa de Parto ou na UBS

ALIMENTAÇÃO

- Orientar e estimular a ingesta de líquidos sempre que tiver sede, pelo menos 2 litros de água por dia.
- Orientar o acompanhante que ele pode auxiliá-la na hora da amamentação, pegando um copo de água.
- Orientar sobre alimentação saudável, rica em ferro, legumes e verduras.
- Evitar alimentos condimentados e com cafeína.
- Evitar Cigarro, bebidas alcoólicas, drogas e medicamentos sem receita médica.

CUIDADOS COM RN ->

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

Consultar Manual de Enfermagem Saúde da Criança SMS, 2015

RESULTADOS DE EXAMES ->

Entregar e orientar sobre os resultados.

CALENDÁRIO DE VACINAS ->

Orientar sobre a importância da vacinação e a próxima data que a mãe deverá levar o RN na UBS

para dar continuidade ao calendário vacinal.

RETORNO À CASA DE PARTO ->

Orientar a ficar atentos quanto aparecimento de febre, sangramento vaginal exagerado, ou infecção nos pontos, tonturas muito frequentes, mamas empedradas e doloridas. Em quaisquer dessas situações, ela deve procurar imediatamente a Casa de Parto.

A puérpera deverá ser orientada a respeito da possibilidade da consulta por demanda espontânea e do apoio ao aleitamento materno 24h.

3.13 CONSULTA PUERPERAL



Fonte: Arquivo Casa Angela

Anamnese:

Realizar escuta ativa de como foi a experiência do parto, ou transferência e, como estão os primeiros dias de vida do bebê em casa: sua rotina, alimentação, aleitamento materno, sono, higiene, eliminações, execução das atividades, apoio familiar, queixas atuais, uso de medicações.

- Examinar a puérpera, avaliando seu estado geral, coloração e textura da pele, aspecto das mamas, presença de leite ou fissuras, amamentação, involução uterina, aspecto perineal e loquiação.
- Esclarecer dúvidas em relação ao autocuidado;
- Orientar sobre os métodos anticoncepcionais e incentivar acompanhamento puerperal na unidade de referencia;
- Orientar que o retorno às atividades sexuais só poderão ocorrer após 40 dias do parto;
- Identificar problemas emocionais e realizar encaminhamento se necessário;
- Realizar diagnóstico de enfermagem, prescrição e plano de cuidados;
- Agendar próximo retorno ou dar alta para a unidade de origem.

3.14 CONSULTA DO RECÉM-NASCIDO

Realizar exame físico do recém-nascido, avaliando: estado geral, coloração e textura da pele, aspecto do coto umbilical, genitália, eliminações, atividade e reatividade e, reflexos

- Aferir peso e medidas antropométricas e anotar na carteirinha de vacina do recém-nascido;

Atentar para a presença, aspecto e quantidade de eliminações vesico-intestinais;

- Observar pega e sucção ao peito materno;
- Colher exame do pezinho (se não foi coletado na internação), salientando sua importância e objetivo;
- Orientar importância do aleitamento materno em livre demanda exclusivo até 6º mês de vida;
- Agendar próximo retorno ou dar alta para a unidade de origem.



Fonte: Arquivo Casa Angela

REFERÊNCIAS

American Academy of Family Physicians. ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) Provider Manual. 8ª ed. Tomahawk Creek Parkway Leawood, Kansas. 2017. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/aafp/2017-also-provider/ALSO-Provider-2017-Syllabus.pdf>

American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin nº. 146: Management of late-term and postterm pregnancies. *Obstet Gynecol* 2014;124(2 Pt 1):390-6.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin nº. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation and general management principles. *Obstet Gynecol*. 2009;114(1):192-202. Disponível em: http://obgyn.med.sc.edu/documents/antepartum_fetal_2.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.I cuidados gerais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline 190. London, UK, 2014 (Com a revisão de fevereiro de 2017).

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2014.

WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

WHO. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2ª ed. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255760/1/9789241565493-eng.pdf?ua=1>

Capítulo 4

PROTÓCOLOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

DEFINIÇÕES

1 - EMERGÊNCIA: é a constatação de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento exigindo, portanto, **tratamento ou intervenção imediata**.

2 - URGÊNCIA: denomina-se urgência os casos do usuário que se apresentam estáveis. Não existe risco nem ameaça imediata para a vida, tampouco para o comprometimento da lesão ou quadro clínico do usuário. Porém o quadro requer uma **intervenção médica dentro de poucas horas**.

4.1 PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA DE GESTANTES, PARTURIENTES OU PUÉRPERAS

QUANDO TRANSFERIR:

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

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

RESULTADOS ESPERADOS:

Garantir a transferência da gestante, parturiente ou puérpera para hospital de referência em tempo hábil e com segurança

RESPONSÁVEIS PELA TRANSFERÊNCIA: Enfermeira(o) Obstetras/obstetrix

DESCRIÇÃO

Enfermeira(o) Obstetra/obstetrix Assistente:

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

Enfermeiro Obstetra/obstetriz de apoio:

- Entrar em contato com o médico plantonista do hospital de referência, informar o caso e estado geral, solicitando vaga para a transferência;
- Comunicar o motorista da ambulância sobre a remoção, informando o hospital de referência e a prioridade da remoção;
- Providenciar documentação necessária para a transferência;
- Coordenar a equipe;
- Conversar com a família;
- Conferir materiais e equipamentos necessários;
- Auxiliar no transporte até a ambulância

Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem:

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

MATERIAIS E MEDICAÇÕES PARA TRANSFERÊNCIA DE GESTANTES, PARTURIENTES OU PUÉRPERAS

Responsáveis pela organização, conferência e reposição

Técnicos e auxiliares de enfermagem com supervisão dos enfermeiros.

MATERIAL/MEDICAÇÃO	Quantidade
Agulha 30x8	4
Agulha 40x12	4
Algodão	
Ambu	1
Cateter nasal	1
Cateter intravenoso nº 16, 18 e 20	2 de cada
Equipo de macrogotas	2
Estetoscópio	1
Extensão de látex para oxigênio	2
Gluconato de Cálcio 10%	1 ampola
Hidralazina 20 mg	1 ampola
Metilergometrina	2 ampolas
Máscara facial oxigênio + látex	1
Máscara para ambu	1
Fita adesiva microporosa (micropore)	1 rolo
Ocitocina 5 UI	10 ampolas
Oxímetro de pulso	1
Seringa 20 ml 10 ml 5ml 1ml	2 de cada
Sf 0,9% 10ml	2 ampolas
Sf 0,9% 100ml	2
Sulfato de magnésio 50%	2 ampolas
Cateter vesical nº 12	1
Soro fisiológico 500ml	2
Soro ringer lactato 500ml	2
Gaze 7,5x7,5 (pacote)	10
Misoprostol 200 mcg	4 comprimidos
Terbutalina 0,5 mg	1 ampola

Termômetro	1
Transamim 50mg/ml	4 ampolas
Tubo seco para coleta	2
Kit parto	1

MATERIAIS PARA AMBULÂNCIA

- Aspirador;
- Cilindro de O₂

DOCUMENTOS:

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

4.2 PROTOCOLO DE TRANSFERÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO

QUANDO TRANSFERIR:

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

Veja as principais indicações para transporte para a unidade de referência hospitalar no protocolo "critérios para remoção do recém-nascido".

RESPONSÁVEIS PELA TRANSFERÊNCIA

-Enfermeira(o) Obstetra/obstetiz

DESCRIÇÃO

Enfermeiro Obstetra/obstetriz assistente

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

Enfermeiro Obstetra/obstetriz de apoio:

- Entrar em contato com o médico neonatologista do hospital de referência, informar o caso e estado geral. A responsabilidade pela assistência ao usuário é do profissional solicitante, até que o mesmo seja recebido pelo profissional da unidade de referência.
- Comunicar o motorista da ambulância sobre a remoção, informando o hospital de referência e a prioridade da remoção;
- Coordenar a equipe;
- Providenciar documentos para transferência;
- Providenciar materiais e equipamentos necessários;
- Ajustar os alarmes de monitorização;
- Auxiliar nos procedimentos e instalação de dispositivos
- Auxiliar na remoção para a incubadora de transporte até a ambulância.
- Conversar com a família Incluindo apoio emocional para a puérpera e acompanhantes;

Técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem:

- Realizar ações dentro de sua competência técnica, conforme orientação da enfermeira (o) e protocolos assistenciais;
- Auxiliar nos procedimentos;
- Prestar apoio emocional para a puerpera e familiares.
- Auxiliar na instalação de dispositivos como acesso venoso e etc;
- Controlar rigorosamente os sinais vitais;
- Acompanhar o enfermeiro no transporte quando solicitado

CUIDADOS GERAIS PARA O TRANSPORTE SEGURO DO RN

Estabilização clínica antes do transporte:

Considerar os seguintes cuidados:

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

Após a estabilização do RN, a equipe deve expor aos pais as condições clínicas do neonato, os riscos e informações sobre o local para onde ele será transferido.

Cuidados durante o transporte:

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

MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA TRANSFERÊNCIA DE RN

Responsáveis pela organização, conferência e reposição

- Técnicos e auxiliares de enfermagem com supervisão dos enfermeiros.

Conteúdo para transporte: KIT EMERGÊNCIA/ TRANSFERÊNCIA NEONATAL

Material/medicação	Quantidade
Reanimador manual infantil	1
Cateter venoso nº 22, 24	4 de cada

Equipo microgotas	1
Estetoscópio neonatal	1
Gaze 7,5x7,5 (pacote)	10
Kanakion	1 ampola
Extensão Látex para oxigênio (conexão)	1
Luvas 6,57,07,5	1 de cada
Máscara para ambú neonatal	1
Máscara laríngea	1
Micropore	1 rolo
Oxímetro	1
Seringa 3, 5 10 ml20 ml	3 de cada
Seringa	1
Sonda aspiração nº 06, 08 10	3 de cada
Soro fisiológico 250ml	1
Tesoura	1
Termômetro	1
Touca de malha	1

MATERIAIS PARA AMBULÂNCIA

- Incubadora de transporte;
- Aspirador;
- Cilindro de O₂

DOCUMENTOS

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

4.3 PROLAPSO DE CORDÃO UMBILICAL

DEFINIÇÃO

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

RESULTADO ESPERADO

Realizar diagnóstico, tomada de decisão e conduta rápida e segura.

RESPONSÁVEIS PELA TRANSFERÊNCIA

Enfermeira(o) Obstetra/ obstetriz

DESCRIÇÃO

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

Avaliar rapidamente o padrão fetal por monitoramento;

- Avaliar a dilatação e o padrão do trabalho de parto. Se a mulher estiver no final do período expulsivo e o bebê puder nascer com mais rapidez e segurança por via vaginal na casa de parto do que por cesárea ou ser submetido a uma transferência, proceder o parto;
- Preparar materiais e equipamentos para possível reanimação neonatal;
- Se não for viável o parto vaginal imediato, preparar-se para transferência imediata;
- Não tentar recolocar o cordão dentro do útero;
- Mudar a posição da parturiente, usando trendelenburg profunda;
- Para evitar a oclusão do cordão umbilical, fazer elevação do polo cefálico com uma das mãos na vagina, usando força e cuidado e manter até a chegada ao hospital;
- Administrar terbutalina 0,5mg subcutâneo;
- Solicitar ajuda e acionar motorista;
- Monitorar o feto ou palpar o cordão para verificar a eficácia das manobras;
- Ofertar oxigênio;
- Conversar com a usuária e familiares, informando sobre a situação e a necessidade de transferência para o hospital de referência;
- Mantém assistência necessária em conjunto com equipe de apoio.
- Manter elevação do pólo cefálico durante transporte e se necessário embrulhar o cordão em compressas úmidas e mornas.

4.4 SOFRIMENTO FETAL AGUDO

DEFINIÇÃO

Sufrimento fetal agudo é usualmente denominado aquele que ocorre no trabalho de parto, embora o feto possa sofrer subitamente fora dele.

OBJETIVOS

Prevenir a necessidade de reanimação neonatal através de uma ação rápida e eficaz para aumentar as chances de vida e prevenção de hipóxia e/ou anóxia do RN

RESPONSÁVEIS

- Enfermeira(o) Obstetra/Obstetriz

DESCRIÇÃO

Na presença de um ou mais fatores a seguir deverá ser acionado o protocolo de transferência em urgência/emergência:

Cardiotocografia categoria III

Desaceleração tardia recorrente

Desaceleração prolongada

Desaceleração variável recorrente

Bradycardia acentuada ou leve

- Manter posição quatro apoios, decúbito lateral ou posição em que a BCF permaneça mais estável.
- Solicitar que a técnica/auxiliar de enfermagem acione o motorista da ambulância e providencie a maca de transporte.
- A enfermeira(o) obstetra/obstetriz deve comunicar à gestante e acompanhante a necessidade de transferência rápida para o hospital de referência.
- Oferecer oxigênio 10 l em máscara facial.
- Recolher a documentação necessária e material de transferência.
- Enfermeira(o) obstetra/obstetriz de apoio deverá fazer contato telefônico com o médico plantonista do hospital.
- Seguir protocolo de transferências.

Observação: Confirmado sofrimento fetal agudo deverá ser realizado um exame de toque vaginal, caso o nascimento esteja em vias de acontecer, deverá dar preferência para o parto na posição de quatro apoios, para melhor oxigenação do bebê.

A sala de reanimação neonatal deve estar preparada e uma possível transferência do RN deve ser prevista. Comunicar motorista da ambulância para sinal de alerta e acionar enfermeira obstetra de apoio.

4.5 DISTÚRBIOS HIPERTENSIVOS

DEFINIÇÃO

A hipertensão é definida como uma elevação da Pressão Sistólica ≥ 140 mmHg e/ou Diastólica ≥ 90 mmHg.

RESULTADOS ESPERADOS

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

RESPONSÁVEIS

Enfermeira(o) Obstetra/ obstetriz

DESCRIÇÃO

- 1 Verificar sinais vitais conforme rotinas; técnico/auxiliar de enfermagem deve comunicar enfermeiro qualquer elevação dos níveis pressóricos.
- 2 PA entre 140/90 mmHg e 160/110 mmHg sem sinais e sintomas de pré-eclâmpsia, realizar teste rápido de proteinúria e verificar novamente em um intervalo de 30 minutos com a usuária sentada ou em decúbito lateral esquerdo em ambiente calmo – confirmado alteração encaminhar ao pré-natal alto risco. Descartado alteração solicitar que a gestante faça controle de pressão no pré-natal de origem e traga as anotações na próxima consulta e, se necessário, referenciar para avaliação. Identificação da Pré-Eclâmpsia • Edema nas mãos e na face ou • Proteinúria $\geq 0,3$ g/l em urina de 24 horas ou • Proteinúria ≥ 1 g/l ou ++ em amostra isolada.
- 3 PA $\geq 160/110$ mmHg ou PA $> 140/90$ mmHg associado a sintomas de cefaléia, epigastralgia, escotomas o e reflexos tendíneos aumentados, administrar dose de ataque de Sulfato de Magnésio: 4 gramas endovenoso lento (4 a 10 minutos) transferência.

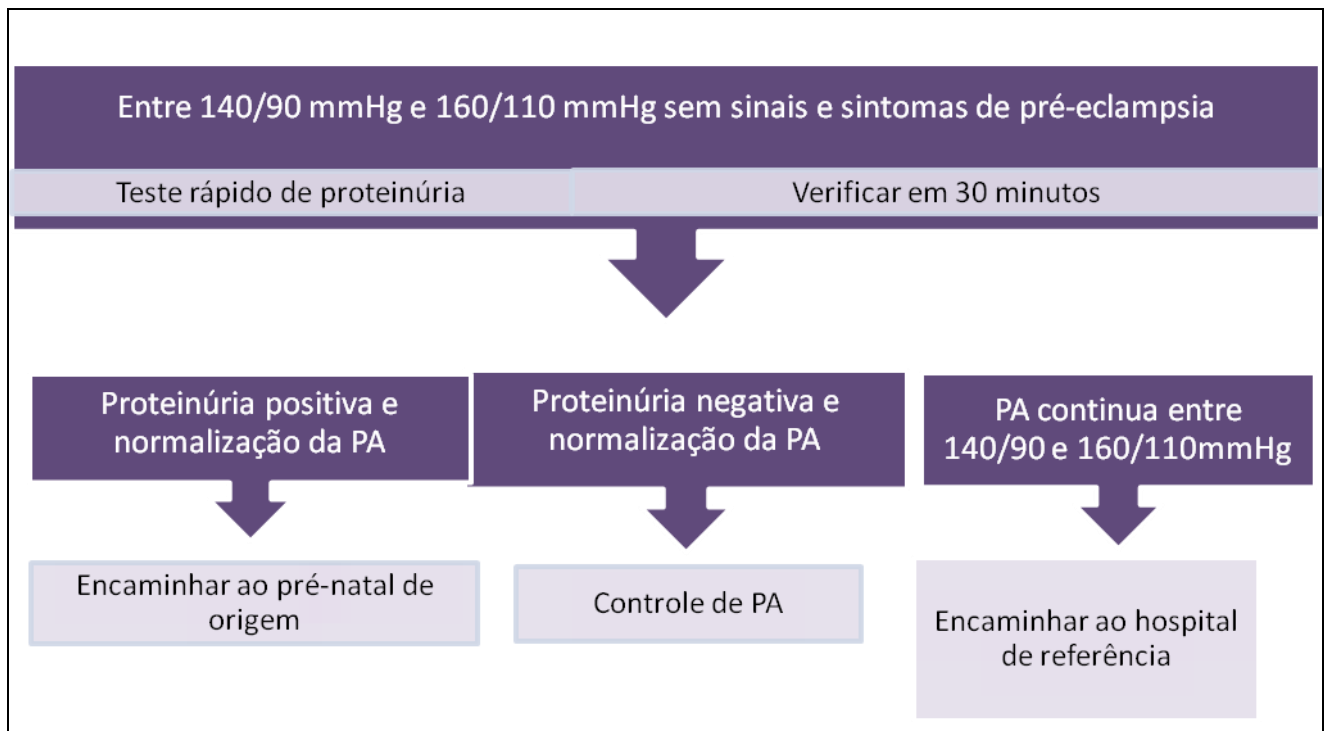
Observação: O antídoto Gluconato de cálcio 10%, deve permanecer ao lado para ser usado em caso de toxicidade por sulfato de magnésio, administrar uma ampola (10 ml EV lento).

- 4 Solicitar ajuda;
- 5 Manter a usuária em decúbito lateral esquerdo sem estímulos excessivos;
- 6 Conversar com a usuária e familiares, informando sobre a situação;
- 7 Comunicar sobre a necessidade de transferência para o hospital de referência;
- 8 Oferecer oxigênio 10 l/min. em máscara facial ou 5l/min em cateter tipo óculos, se necessário;
- 9 Realizar transferência.

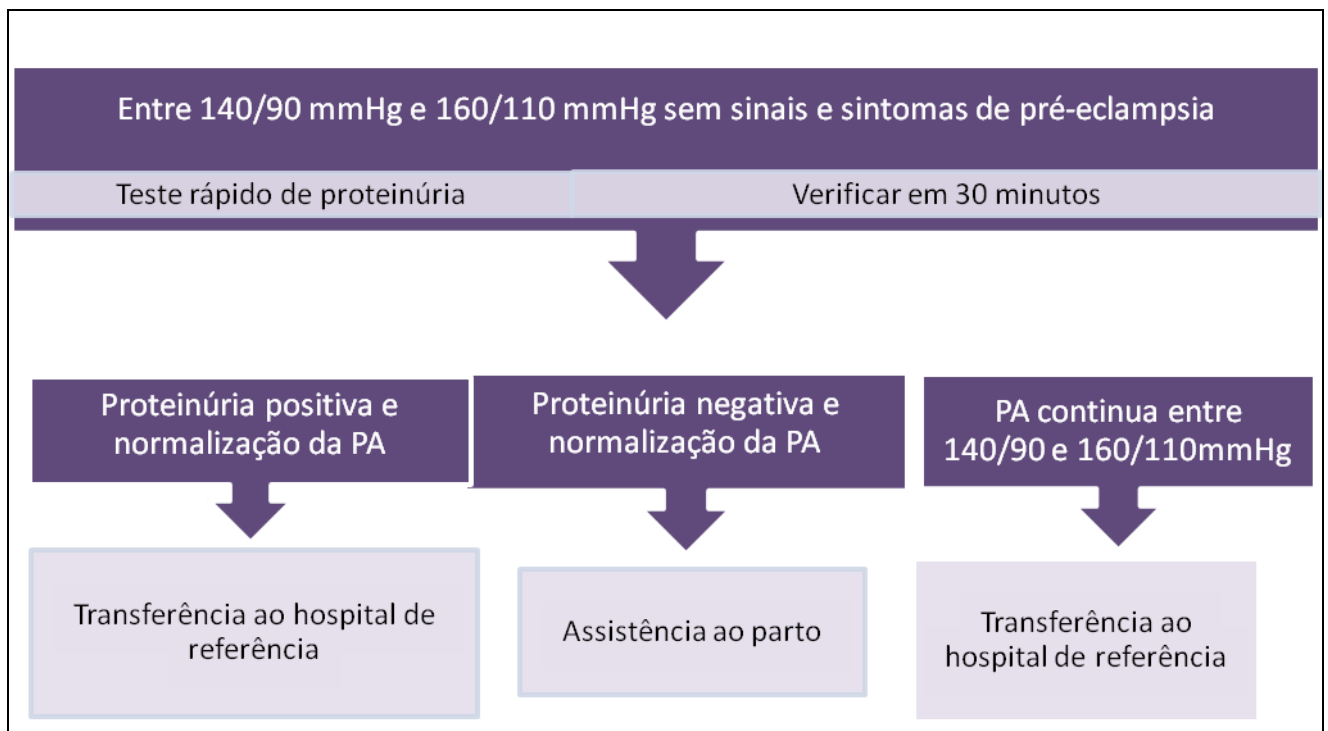
Observação:

No controle de PA → Valores persistentes de PA sistólica \geq 140 mmHg e/ou diastólica \geq 90 mmHg (em três ou mais avaliações de saúde, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão arterial (HA) na gestação não poderá ser acompanhada na Casa de Parto e deverá ser encaminhada ao pré-natal de origem.

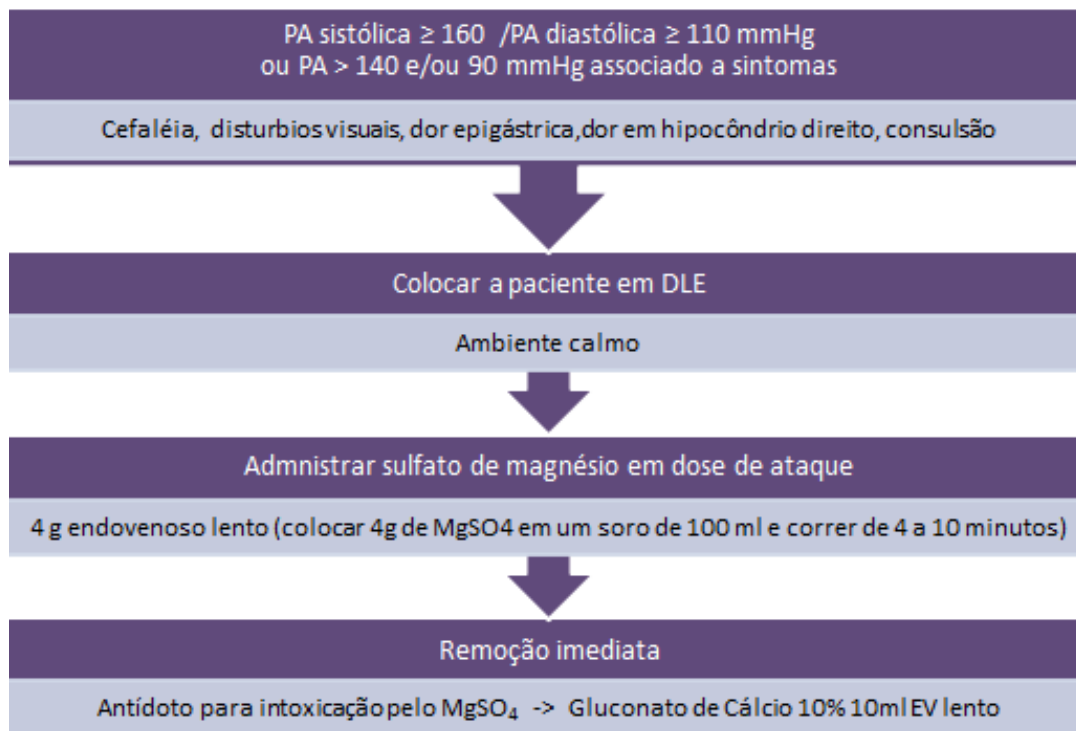
Fluxograma para atendimento em caso de alterações dos níveis pressóricos na **consulta de enfermagem**



Fluxograma para atendimento em caso de alterações dos níveis pressóricos no **atendimento ao parto**



Fluxograma para atuação na **pré-eclâmpsia grave**



SE APÓS SULFATO DE MAGNÉSIO PA DIASTÓLICA > 110 mmHg

HIDRALAZINA → Diluir 1 ampola (20 mg) em 10 ml de AD e aplicar 2,5 ml endovenoso lento (repetir 2,5 ml lento a cada 30 minutos se PAD >110 mmHg)

NO CASO DE RECIDIVA DA CONVULSÃO ENQUANTO AGUARDA REMOÇÃO:

REPETIR SULFATO DE MAGNÉSIO 2 GRAMAS ENDOVENOSO LENTO
(Colocar 2 gramas de MgSO₄ em soro de 100 ml e correr de 4-10 min)

4 GRAMAS DE SULFATO DE MAGNÉSIO EQUIVALEM A:

- MgSO₄ a 50% = 8 ml
- MgSO₄ a 20% = 20 ml (2 ampolas)
- MgSO₄ a 10% = 40 ml (4 ampolas)

COMUNICAR POR E-MAIL A ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER:

NOME DA PACIENTE
NÚMERO DO CARTÃO SUS
HOSPITAL PARA ONDE FOI FEITA A REMOÇÃO
e-mail: saudedamulher@prefeitura.sp.gov.br

4.6 HEMORRAGIAS 3º TRIMESTRE

DEFINIÇÃO

Sangramento anormal no 3º trimestre relacionado à:

- Placenta prévia;
- Descolamento prematuro de placenta (DPP);
- Vasa prévia;
- Rotura do seio marginal;
- Rotura da cicatriz uterina.

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar rapidamente a causa do sangramento e intervenção em tempo adequado.

RESPONSÁVEIS

-Enfermeira (o) Obstetra/obstetriz.

DESCRIÇÃO

- Diante de qualquer queixa ou constatação de sangramento durante a **gestação e o trabalho de parto**, a avaliação deverá ser feita prontamente:
- Cor e quantidade,
- Dor,
- Fatores desencadeantes.
- Realizar exame físico:
Não realizar toque,
Verificar sinais vitais,
Realizar palpação – abdome, fundo uterino,
Avaliar feto – BCF,
Realizar exame especular- sangue, RPM.

DIFERENCIAR DE SANGRAMENTO NORMAL DO TRABALHO DE PARTO;

AVALIAR:

- Sangramento severo e não restabelecimento dos BCF; Sangramento significativo com dor (suspeitar de DPP); Sangramento significativo sem dor (suspeitar de placenta prévia e vasa prévia): Acionar protocolo de urgência/ emergência.
- Descida da apresentação (trabalho de parto): cuidados de rotina.
- Solicitar ajuda da equipe de apoio;

- Estimar a perda sanguínea para a reposição volêmica com Ringer Lactato. Reposição de 3ml por 1 ml de perda sanguínea;
- Conversar com a usuária e familiares, informando sobre a situação e a necessidade de transferência para o hospital de referência;
- Equipe deve prestar apoio emocional;
- Puncionar 2 acessos venosos calibrosos com infusão de Ringer Lactato;
- Controlar sinais vitais de 15 em 15 minutos;
- Monitorar BCF,
- Oferecer oxigênio 10 l/minuto máscara facial se necessário,
- Realizar transferência.

4.7 DISTÓCIA DE OMBRO

DEFINIÇÃO

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

RESPONSÁVEIS

Enfermeira(o) Obstetra/ obstetriz

DESCRIÇÃO

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

Essas manobras são destinadas a:

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

A SAÍDA

○ **AJUDA**

Chamar a equipe para ajudar, providenciar materiais e equipamentos necessários - considerar a necessidade de reanimação neonatal – comunicar o motorista para ficar alerta;

Avisar a parturiente e os acompanhantes sobre a existência da complicação e sobre as manobras que serão utilizadas;

Aumentar o agachamento - Mc Roberts - Deve-se realizar a hiperextensão e depois flexão máxima das pernas da mãe, posicionando as coxas sobre abdome. Avaliar e conduzir de acordo com a posição inicial da parturiente:

Cócoras: Levantar a parturiente, hiperflexionando os membros inferiores e voltar para a posição de cócoras aumentando o agachamento. Se a parturiente estiver na posição de cócoras sustentada (sentada na banquetta), ela deve se levantar e depois agachar ou

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

Se a parturiente estiver na banheira avaliar a viabilidade e a eficácia das manobras. Caso não seja possível a realização das manobras na água, a parturiente deve sair da banheira.

S- PRESSÃO SUPRAPÚBICA

Quando a hiperflexão isolada não resolve, realizar pressão suprapúbica externa do lado do dorso fetal, visando a promover a rotação do ombro anterior.

Essa pressão pode ser feita com o punho fechado — com a parturiente ainda agachada em posição de cócoras ou em decúbito dorsal, deve ser realizada por um assistente (enfermeira(o) obstetra/obstetrix ou técnico/ auxiliar de enfermagem) enquanto a(o) enfermeira(o)

obstetra/obstetrix imprime uma leve tração contínua e dirige o trabalho do assistente, para corrigir a direção e aumentar a eficácia da ação.

Inicialmente realizar a pressão contínua durante 30 seg. E se não resolver, iniciar pressão intermitente durante 30 segundos.

A –ALTERAR A POSIÇÃO (quatro apoios)

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

I - MANOBRAS INTERNAS

Realizar as manobras internas através do toque vaginal, mantendo a parturiente na posição de quatro apoios ou em decúbito dorsal combinado com Mc Roberts.

Avaliar a necessidade de realizar episiotomia lembrando que a distócia de ombro é uma impactação óssea e a realização de uma episiotomia não vai fazer com que o ombro seja liberado. Realizar somente se for necessário para facilitar a entrada da mão na vagina a fim de realizar as manobras internas:

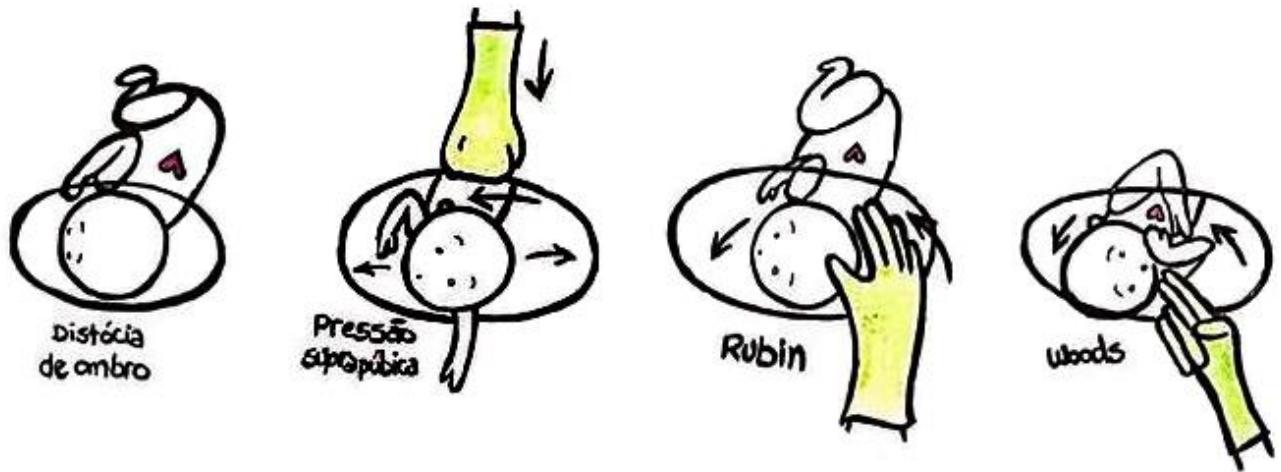
- **Manobra de Rubin I** – Balançar os ombros do feto de um lado para o outro uma ou duas vezes, empurrando o abdome materno inferior.
- **Rubin II:** colocar os dedos por trás do ombro anterior (no dorso fetal) e fazer uma pressão em direção ao tórax fetal, tentando promover a rotação do ombro anterior— essa manobra visa à desimpactação do ombro e à redução do diâmetro biacromial, pela adução da cintura escapular.
- **Manobra de Wood** (parafuso): Manter a mesma posição dos dedos da manobra de Rubin, colocar os dedos da outra mão pela frente do ombro posterior e aplicar a força em direção ao dorso do feto. Assim, dois dedos estarão no ombro anterior, no dorso fetal, realizando uma pressão para frente e dois dedos estarão no ombro posterior, no tórax fetal, realizando uma pressão para trás. O objetivo dessa manobra é mover a cintura escapular, como um parafuso, tirando o ombro impactado.
- **Manobra do Parafuso Invertido**(Woods invertida): colocar os dedos por trás do ombro posterior e tracionar em direção ao tórax fetal. Essa manobra visa a colocar o diâmetro biacromial fetal no diâmetro oblíquo da pelve materna para facilitar o desprendimento, girando o feto na direção oposta a manobra convencional de Woods.

D- DESPRENDER O BRAÇO POSTERIOR

Introduzir sua mão e tentar localizar a mão do braço posterior (que não está impactado), ou seja, o braço que está voltado para o sacro materno. Não tentar retirar o braço anterior com essa manobra, pois há um grande risco de fratura de úmero. Tracionar a mão gentilmente, pelo tórax fetal, em caso de dificuldade de encontrar a mão, localizar o antebraço, fletir o cotovelo para que o antebraço possa ser liberado com um movimento de oscilação sobre a parte anterior do peito do feto. O braço nunca deve ser agarrado e puxado diretamente. Quando feita corretamente, ocorrerá o

delivramento da mão, depois do braço e finalmente do ombro posterior. Com a manobra, o corpo fetal se move simultaneamente como um saca-rolha, facilitando a extração do ombro anterior e a ultimateção do parto.

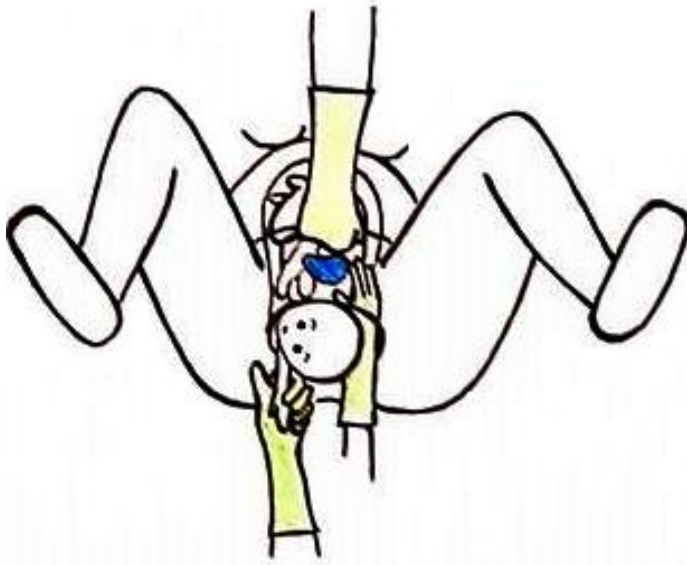
Figura 4.1 Desenho com as manobras para distócia de ombros.



Fonte: desenhos realizados pela Obstetrix Rosely Sayuri Kuamoto.

4.2 Desenhos sequenciais de retirada do ombro posterior





Fonte: desenhos realizados pela Obstetriz Rosely Sayuri Kuamoto.

AVALIAR MANOBRAS DE RESGATE

São procedimentos de exceção, uma vez que 90% dos casos terão se resolvido com as manobras anteriores. Ao optar por esses procedimentos deve-se considerar a morbidade e a mortalidade materna que envolvem e o tempo decorrido desde o início da distocia, já com possíveis sequelas fetais.

Fratura da clavícula – para reduzir o diâmetro biacromial, fazer uma pressão direta na:

- Clavícula fetal (porção média) para causar sua fratura, inicialmente no ombro impactado e, se necessário, bilateralmente, embora seja difícil de realizar propositalmente.
- Transferência para o hospital.

Quadro - Mnemônico A SAÍDA para distócia de ombro

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

Fonte: Adaptado de Amorim MM, Duarte AC, Andreucci CB, Knobel R, Takemoto ML. Distocia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas, 2013.

A ordem na qual estas manobras são realizadas é flexível. No entanto é essencial a progressão lógica dos vários esforços. O julgamento clínico deve sempre guiar a progressão dos procedimentos realizados.

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

Figuras das Manobras para desprendimento do ombro nos casos de distócia.

Figura 1 – Localizar dorso do feto em relação à parturiente.



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 2. Feto com dorso à esquerda da parturiente (sequencias figura 2 e 3).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 3. Feto com dorso à esquerda da parturiente (sequencias figura 2 e 3).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 4. Feto com dorso à direita da parturiente (sequencias figura 4 e 5).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 5. Feto com dorso à direita da parturiente (sequencias figura 4 e 5).



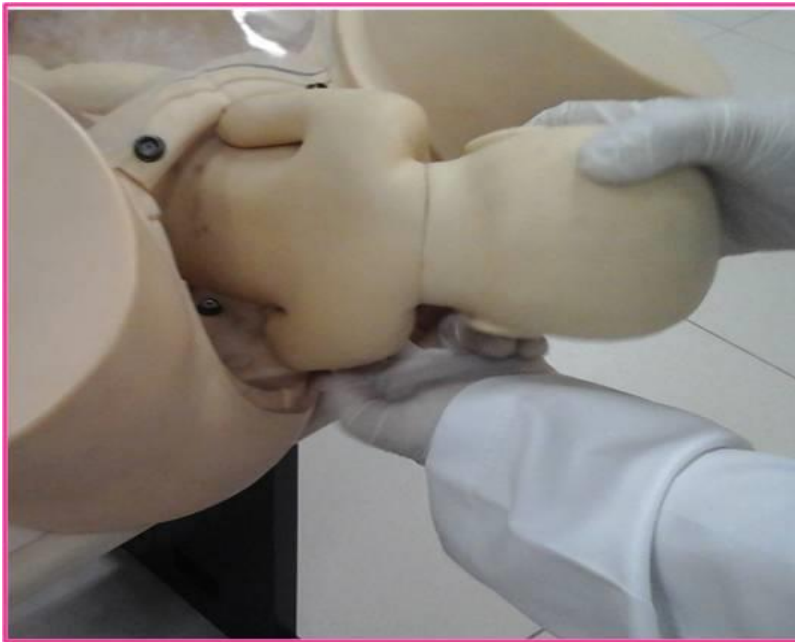
Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 6. Retirada do ombro posterior (sequencias figuras 6 a 12).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 7. Retirada do ombro posterior (sequencias figuras 5,6 e 7).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 8. Retirada do ombro posterior (sequencias figuras 6 a 12).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 9. Retirada do ombro posterior (sequencias figuras 6 a 12).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 10. Retirada do ombro posterior (sequencias figuras 6 a 12).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 11. Retirada do ombro posterior (sequencias figuras 6 a 12).



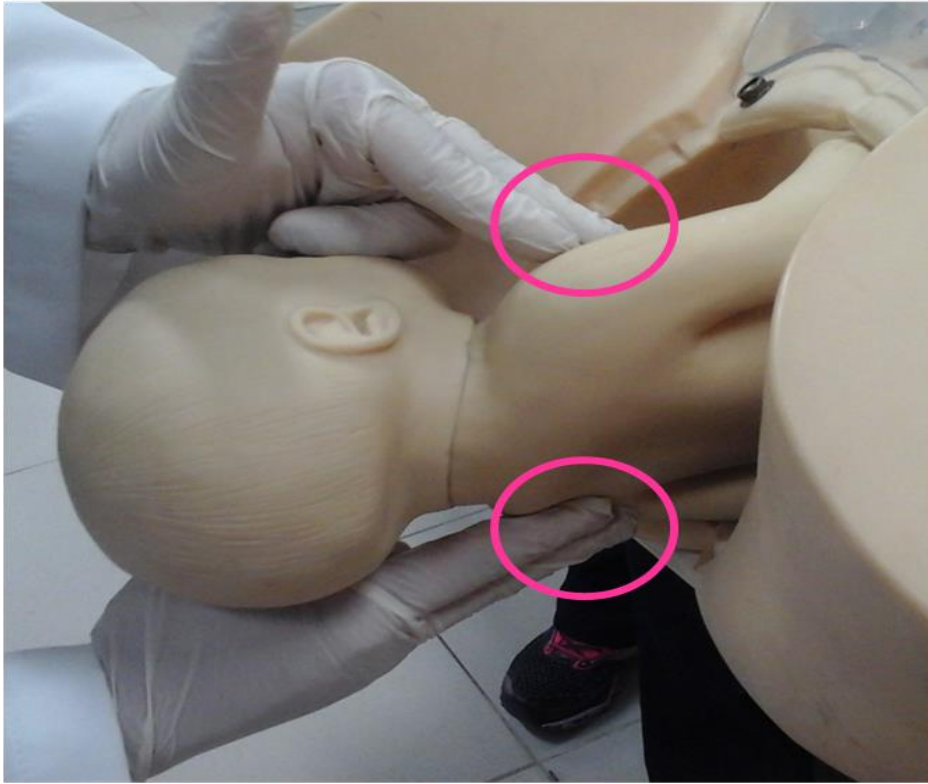
Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 12. Retirada do ombro posterior (sequencias figuras 6 a 12).



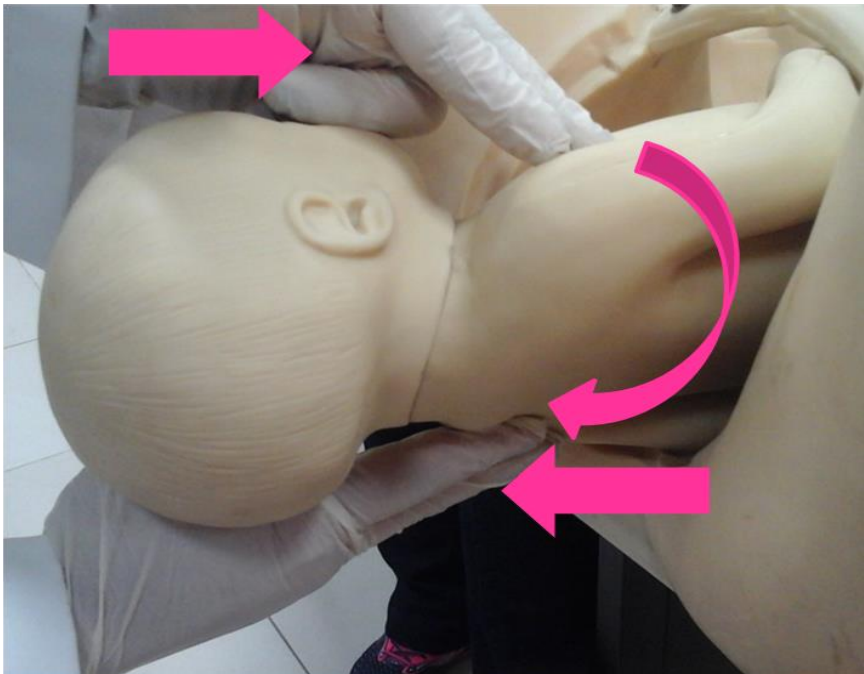
Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 13. Reversa de Woods (sequencias figuras 13 a 14).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

Figura 14. Reversa de Woods (sequencias figuras 13 a 14).



Fonte: Fotos cedidas gentilmente pela Profa. Dra. Adriana Caroci de seu arquivo pessoal.

4.8 HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP)

Definição

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

Diagnóstico diferencial:

HPP imediata: Primeiras 24h. Causas mais comuns: Atonia uterina, lacerações e hematomas no trajeto, retenção de placenta, rotura uterina, inversão uterina e distúrbios de coagulação.

HPP tardia: Após 24 horas. Causas: infecção puerperal, retenção de tecidos placentários, doença trofoblástica da gestação, distúrbios de coagulação.

Cálculo da perda sanguínea por pesagem das compressas cirúrgicas e coágulos: a cada 1g (depois de descontado peso seco das compressas) equivale a 1ml de perda sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS:

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

RESPONSÁVEIS

Enfermeira(o) Obstetra/ Obstetriz

DESCRIÇÃO

- Identificar precocemente a hemorragia, verbalizar o diagnóstico para equipe e comunicar a puérpera;
- Solicitar ajuda da equipe e ativar protocolo de transferência;
- Manter oxigenação/ perfusão tecidual:
 - 2 acessos venosos calibrosos (nº 16 ou 18), coletar sangue para exames (*teste de coagulação e Hemograma) e infundir soro fisiológico ou ringer lactato aquecido (avaliar

- resposta materna a cada 500ml infundido);
- Elevar membros inferiores (trendelenburg);
 - Ofertar oxigênio com 8l/min em máscara facial – se em cateter nasal tipo óculos ofertar 5l/min;
 - Esvaziar a bexiga;
 - Prevenir a hipotermia (cobertores – Tax: 15'/15', manter temperatura axilar 35,7° a 37°C);
- Estimar gravidade da perda volêmica - sinais clínicos (PA, FC, FR, SatO₂, consciência, sangramento, diurese e temperatura),
Índice de choque: $\geq 0,9$ = transferência: risco de transfusão maciça (cálculo é feito através da divisão da frequência cardíaca pela pressão arterial sistólica da puérpera);
 - Usar o mnemônico "OS 4 T 'S" para diagnosticar a causa da HPP e instituir o tratamento eficiente e direcionado à(s) causa(s) específica (s);
 - Foco na atonia: se atonia confirmada, associada ou enquanto se procura outro foco iniciar manejo para tônus.

Quadro1: Causas específicas da HPP

"4 Ts"	Causa específica	Frequência relativa
TÔNUS	Atonia Uterina	70%
TRAUMA	Lacerações, hematomas, inversão e rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de tecido placentário, coágulos, acretismo placentário	10%
TROMBINA	Coagulopatias congênitas ou adquiridas, uso de medicamentos anticoagulantes	1%

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018

- * Teste de coagulação – coletar sangue em um tubo de ensaio sem anticoagulante e aguardar entre 5 a 7 minutos para afastar coagulopatia;

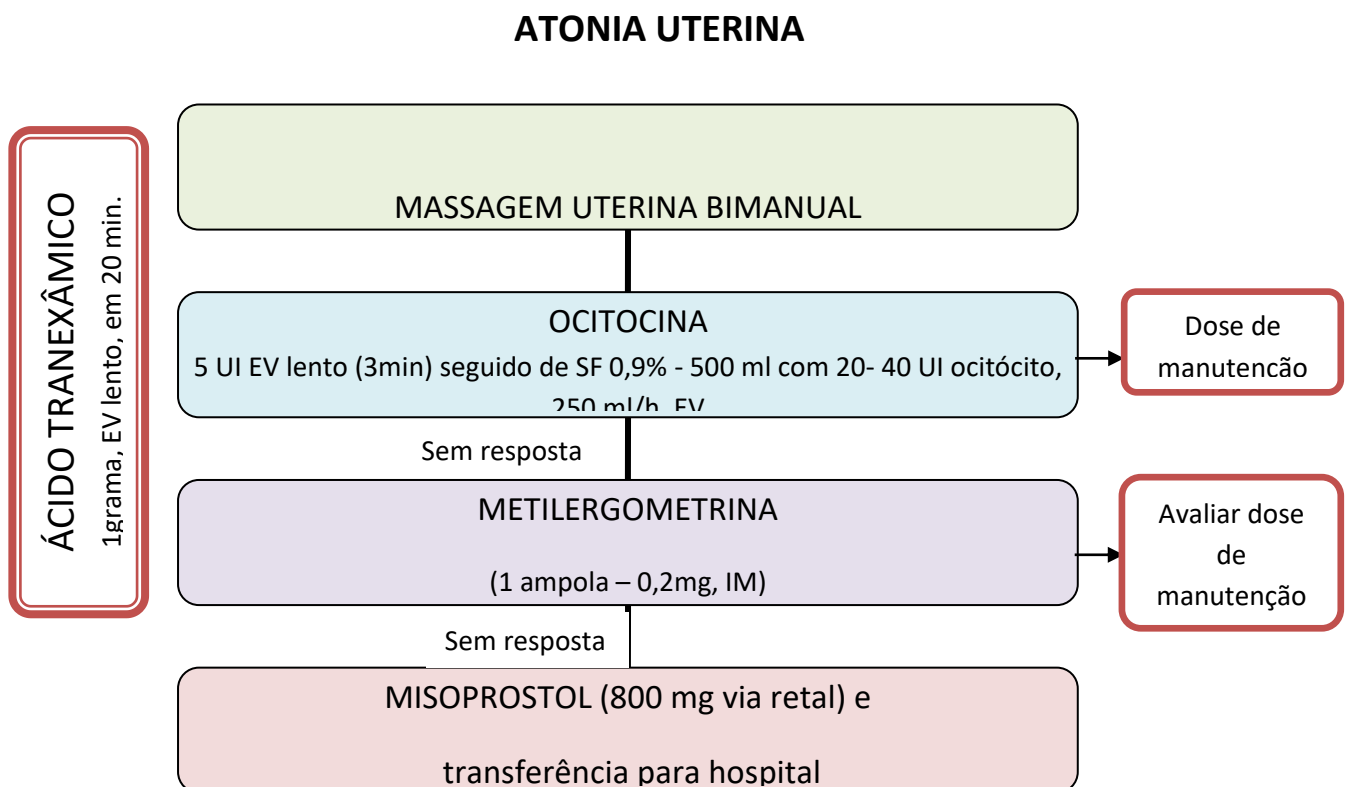
1 – Tônus

- Massagem uterina bimanual imediatamente;
- Ocitocina 5 UI EV lento** (3 minutos) + 20 UI de ocitocina diluídas a 500 ml de SF 0,9% a 250 ml/h; Dose de manutenção: 20 UI em 500ml SF0,9% a 125 mL/h por 4 horas.
- Metilergometrina 1 ampola, 0,2 mg, IM;

- Ácido tranexâmico 1 g EV lento, em 20 minutos em concomitância com os uterotônicos. Apresentação do transamin é 50mg/ml, ampola de 5ml (4 ampolas = 20 ml = 1g), diluir em um SF 09% 100ml e infundir EV em 20 minutos em BIC velocidade de 1 ml/min. Utilizar via específica. Não deve ser utilizado em pacientes com coagulação vascular disseminada. Infusão > que 1 ml/min pode causar hipotensão.
- Se falha dos métodos anteriores, usar misoprostol 800 mg via retal e proceder transferência.

** Ocitocina em bolus: não realizar em um tempo menor que 3 minutos (efeito colateral: hipotensão aguda de curta duração acompanhada por rubor e taquicardia reflexa, isquemia do miocárdio, particularmente em pacientes com doença cardiovascular pré-existente)

Fluxograma 1 – Seqüência de atendimento da atonia uterina



2- Trauma

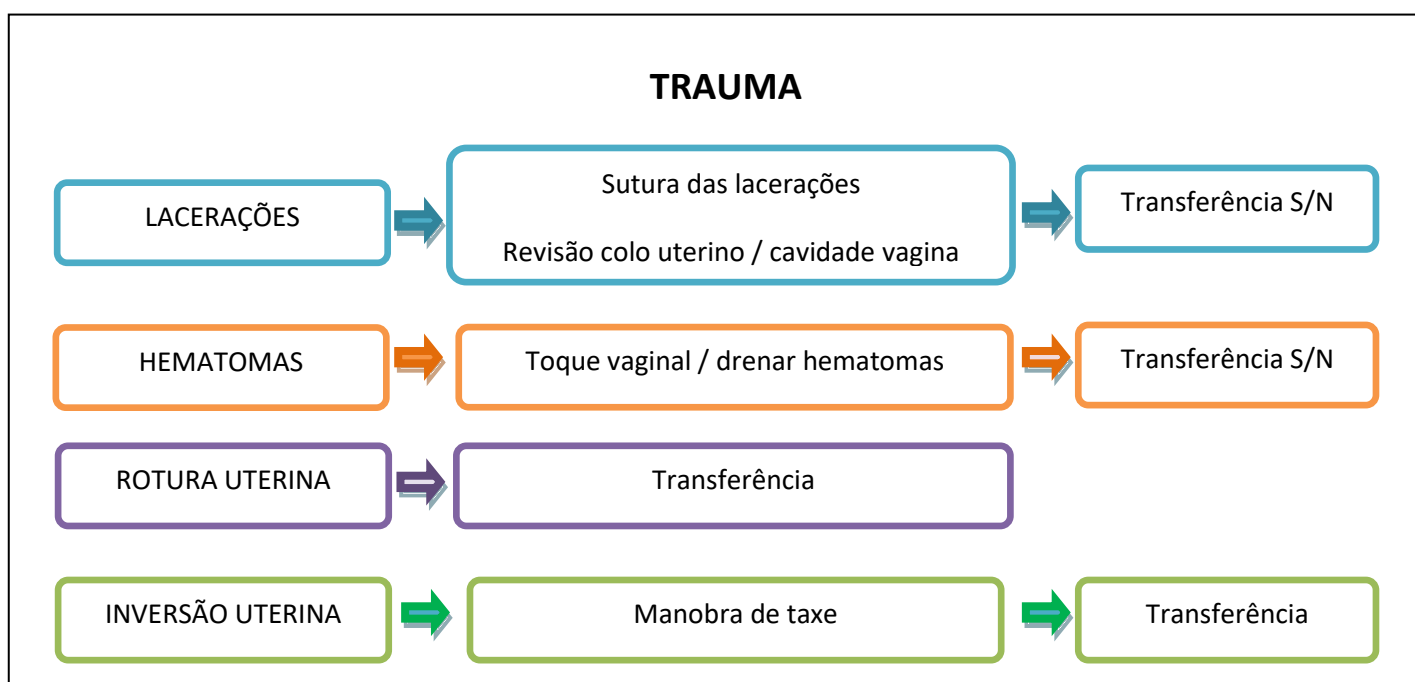
Realize nova revisão do canal de parto para afastar tal causa.

- **Lacerações e hematomas:** Suturar lacerações e drenar hematomas quando indicados. Providenciar transferência em caso de lacerações muito complicadas, de terceiro ou quarto grau.

Segurar o fundo uterino com uma mão com os dedos em direção ao fórnix posterior; Investigar rotura e inversão uterina, e hematoma de ligamento largo ou retroperitoneal

- **Rotura uterina ou hematoma de ligamento largo ou retroperitoneal:** manter suporte básico e transferir para o hospital de referência.
- **Inversão uterina:** Realizar a manobra de taxe: Levantar o útero para fora da pelve com força, segurando o útero na cavidade abdominal acima do nível do umbigo. Isto requer a introdução da mão e dois terços do antebraço dentro da vagina; Os ligamentos uterinos puxarão o útero de volta à posição; Providenciar transferência;

Fluxograma 2 – Atendimento das lesões no canal do parto



3- Tecido

3.1 – Retenção placentária

Na presença de HPP se a placenta ainda não dequitou:

Fazer manejo ativo da dequitação;

- Atentar para esvaziamento vesical;
- Clampear o cordão umbilical próximo ao períneo, segurar o cordão clampeado e a pinça com uma mão;
- Apoiar o fundo uterino com uma das mãos espalmada, apoiando o segmento inferior com o polegar, logo acima da sínfise púbica (para prevenir inversão uterina);
- Manter tração contínua e controlada do cordão umbilical;
- Se a placenta não descer durante 30 a 40 segundos de tração controlada, sem nenhum sinal de deslocamento, suspender a tração;
- Segurar o cordão mantendo tensão, esperar nova contração e repetir tração controlada, se necessário clampar o cordão mais próximo do períneo quando ele se alonga;
- Não aplicar a tração no cordão sem aplicar a contra tração acima do osso púbico com a outra mão.

- Ficar atenta nos sinais vitais e volume da perda sanguínea;

- Providenciar transferência o mais rápido possível se não houver a dequitação;

Normalmente a placenta acreta parcial é acompanhada de sangramento.

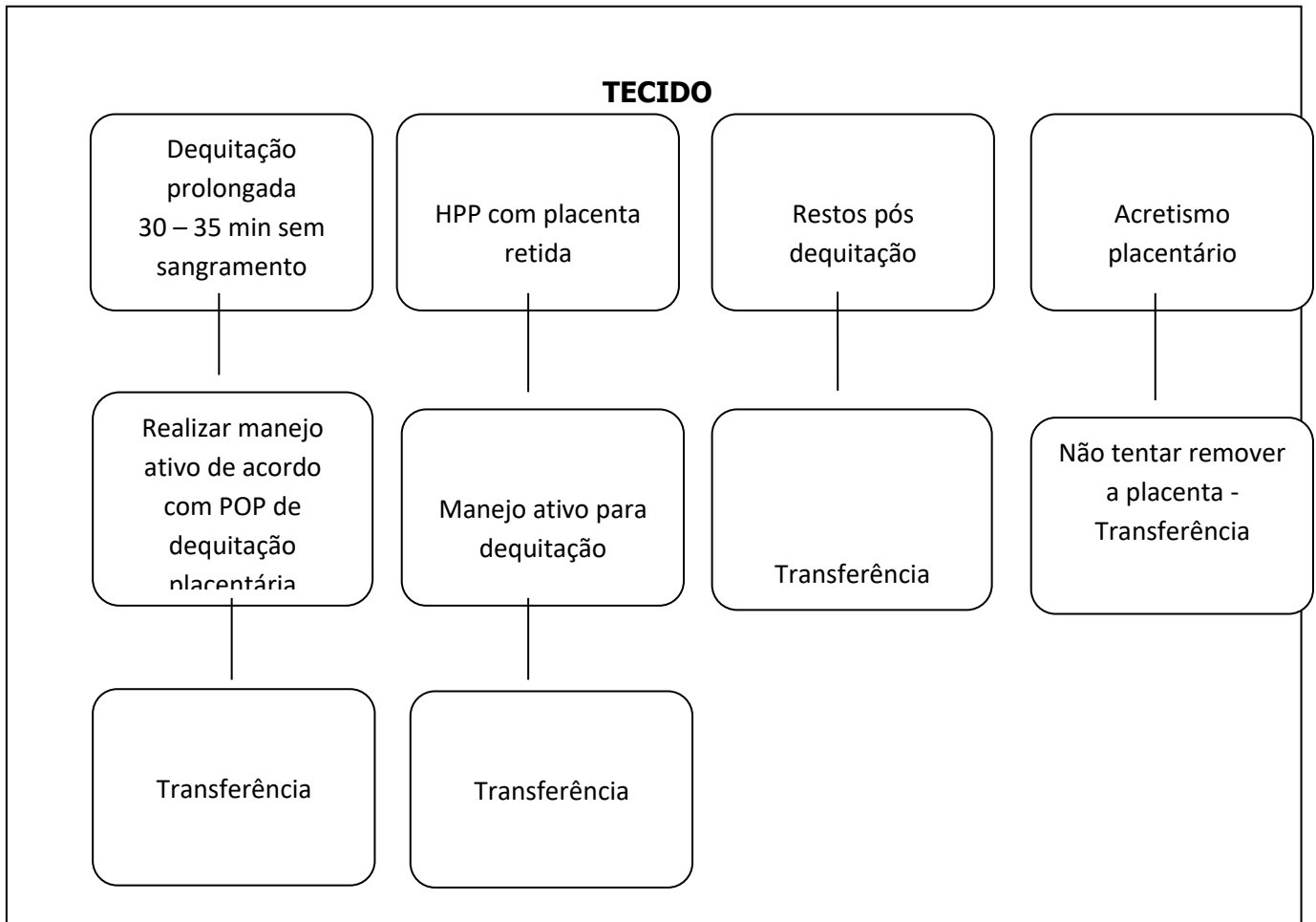
OBS: NÃO ADMINISTRAR METILERGOMETRINA.

3.2 – Restos ovulares

Se a placenta já dequitou, examinar a placenta quanto a integridade e/ou anomalias.

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

Fluxograma 3 – Abordagem das HPP por retenção de tecido placentário



4- Trombina / distúrbios de coagulação

Relacionam-se às coagulopatias congênicas ou adquiridas (exemplo: CIVD, uso de anticoagulantes, dentre outros). Teste de coágulo positivo - reposição de volume até chegada no hospital de referência.

Monitorização

- Aferir de SSVV de 15 em 15 minutos (PA, pulso, respiração e temperatura) na 1º hora;
- Controlar perda sanguínea a cada 5 minutos e pesar material com sangue (compressas, lençóis) para calcular perda sanguínea;
- Reavaliação da hemorragia e IC;
- Coletar sangue 24 horas após a hemorragia para hemograma, se a puérpera não foi transferida;
- Manter puérpera aquecida;
- Elevar membros inferiores.

Reposição de volume

- Na puérpera sem resposta clínica à reposição volêmica inicial, deve-se realizar transferência para o hospital de referência para uso precoce de produtos sanguíneos;
- Reavaliar o estado hemodinâmico da puérpera a cada 250-500ml de cristaloides infundidos para definir: a resposta hemodinâmica à soroterapia (avaliação de gravidade) e a necessidade de manutenção ou não da infusão de líquidos (uso racional de cristaloides). Pacientes com quadro de HPP importante e que já receberam 1500 mL de cristaloides, e não apresentaram resposta adequada e sustentada, realizar transferência.
- Os cristaloides a serem infundidos (soro fisiológico ou ringer lactato) devem estar aquecidos para se evitar a hipotermia.
- Realizar sondagem vesical de demora para controle da velocidade de infusão.
- Em caso de perda sanguínea ≥ 1500 ml deverá ser acionado protocolo de transferência.
- Perda sanguínea ≤ 1500 ml com sinais vitais alterados (grau de choque moderado/grave) acionar protocolo de transferência.
- Perda sanguínea < 1500 ml e sangramento continuado acionar protocolo de transferência.
- Controle de SSVV de 30 em 30 minutos (PA, pulso, respiração e temperatura) pelas próximas 4 horas após conter a hemorragia; depois das 4 primeiras horas, manter controle de SSVV de 3/3 horas.
- Observar sinais clínicos e queixas: cefaleia, edema palpebral, deambulação, se consegue realizar cuidados com RN.
- Iniciar suplementação de sulfato ferroso ainda na internação com 2 comp/dia, 30 minutos antes do almoço e jantar com suco cítrico até resultado de hemograma.

Resultado de hemograma de 24h:

- Hb ≥ 11 mg/dl: Manter suplementação de sulfato ferroso com 40 mg de ferro elementar /dia, 30 minutos antes do almoço com suco cítrico por 40 dias.
- Hb ≥ 9 mg/dl e < 11 mg/dl: Realizar a suplementação de sulfato ferroso com 160 a 240 mg de ferro elementar/dia. Repetir o exame entre 30 a 40 dias, se necessário. Caso não ocorra aumento dos níveis ou queda, encaminhar para referência.
- Hb $> 7 < 9$ mg/dl: Encaminhar para o hospital de referência.
- Hb ≤ 7 mg/dl: Acionar transferência para o hospital de referência.

QUADRO 7. GRAU DE CHOQUE E SINAIS CLÍNICOS NA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA						
Grau de choque	(%) perda e volume em mL para mulher 50-70Kg	Nível de consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Transfusão
Compensado	10-15% 500-1000 mL	Normal	Normal	60-90	>90	Usualmente não
Leve	16-25% 1000-1500 mL	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	Possível
Moderado	26-35% 1500-2000 mL	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	Usualmente exigida
Grave	>35% >2000 mL	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese Perfusão capilar > 3"	>120	<70	Possível Transfusão maciça

Obs.: o critério maior gravidade é o que determina o grau do choque

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018

Checklist – Seqüenciamento do atendimento da hemorragia pós-parto	
Inicial	Detectar HPP
	Chamar ajuda
	Estimar gravidade (sinais vitais, IC, perda sanguínea)
	Inspecionar e avaliar a causa da HPP – 4 Ts
	Monitorar SSVV a cada 15 minutos e calcular perda sanguínea a cada 5 minutos
Medidas gerais	2 Acessos venosos calibrosos (Coletar sangue para exames HMG e teste de coagulograma - iniciar infusão de SF 0,9%)
	Ofertar oxigênio com 8 a 10L/min em máscara facial.
	Elevação dos membros inferiores
	Esvaziar bexiga
1º - Tônus	Massagem uterina bimanual
	Ocitocina – 5 UI EV lento + 20 UI em 500 ml de SF 0,9% 250ml/h (em 2 horas)
	Se o sangramento persistir: metilergometrina 0,2mg – intramuscular. Contraindicado na hipertensão
	Ácido Tranexâmico, 1g, EV lento, em 20 minutos, logo após o início do sangramento e em concomitância com os uterotônicos
	Se o sangramento persistir: Misoprostol 800 mg via retal e Acionar imediatamente protocolo de transferência
2º- Trauma	Avaliar lacerações vaginais e suturá-las imediatamente Administrar metilergometrina 0,2mg – intramuscular S/N

	Drenar hematomas Hematoma de ligamento largo – Manter suporte básico de vida e acionar transferência
	Inversão uterina – realizar manobra de Taxe, manter suporte básico de vida e acionar transferência
	Rotura uterina - Manter suporte básico de vida e acionar transferência
3º-Tecido	Examinar a placenta e revisar a cavidade uterina retirando produtos retidos (membranas ou coágulos) em caso de dúvidas ou de confirmação de retenção uterina de restos placentários – proceder transferência
	Retenção placentária com HPP – realizar manejo ativo e se não houver a dequitação proceder transferência
4º-Trombina	Avaliar Teste de coágulo positivo – avaliar histórico de coagulopatia e uso de medicamentos: ass, heparina etc. Acionar protocolo de transferência e manter suporte básico de vida
Após abordagem inicial	Reavaliação da hemorragia e do estado hemodinâmico da paciente (índice de choque)
	Evitar a Hipotermia. Tax: 15'/15' min na primeira hora. Soro Aquecido. Manta Térmica e/ou Cobertores
	Avaliar necessidade de transferência
Intensa observação	Controle de SSV de 30 em 30 minutos pelas próximas 4 horas Iniciar suplementação com sulfato ferroso Coletar sangue 24 horas após a hemorragia
Fonte: Adaptado de Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018	

4.9 REANIMAÇÃO MATERNA

É o conjunto de ações realizadas frente à uma situação de Parada Cardio-Respiratória (PCR) durante a gravidez e até 42 dias após o parto.

O feto de uma mãe em apneia e sem pulso tem dois minutos ou menos de reserva de oxigênio, assim a duração tolerável de apneia e ou ausência de pulso para uma mulher grávida é apenas 4 minutos.

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar precocemente qualquer alteração nos sinais vitais.

Restabelecer e preservar a integridade dos órgãos nobres: sistema nervoso central, coração e suprarrenais.

RESPONSÁVEIS

Enfermeira(o) Obstetra/ obstetrix

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

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

DESCRIÇÃO

INICIAR CABD DA REANIMAÇÃO

- C – compression – circulação – massagem cardíaca
- A – airway - ar – abrir vias áreas
- B – breath – respiração – boa ventilação
- D – desfibrilação

Mulher grávida inconsciente:

- Abordar a mulher e gritar por ajuda;
- Verificar se não há respiração (ou se há somente gasping) e verifique o pulso, simultaneamente por até 10 segundos (5 a 10 segundos);
- Pulso presente e respiração anormal: administre ventilações de resgate – 1 ventilação com pressão positiva a cada 5 a 6 segundos ou cerca de 10 a 12 respirações/minuto. Ative o protocolo de transferência após 2 minutos. Continue as ventilações verificando o pulso a cada 2 minutos. Na ausência de pulso inicie a RCP;
- Pulso e respiração ausente – Inicie compressões torácicas 100 a 120 / min, rebaixar o tórax de 5 a 6 cm. Ciclos de 30 compressões e duas ventilações com pressão positiva com oxigênio (10l/min)
- Deslocar manualmente o útero para a esquerda para o alívio da compressão aortocava (se a altura do fundo for igual ou superior ao nível do umbigo);
- MANTER RCP 30:2 - Velocidade de 100 a 120 compressões por minuto
- Ventilações de duração de 1 segundo
- Colocar desfibrilador e seguir as instruções;
- Transferir assim que possível mantendo RCP;
- Reavaliar pulso após 5 ciclos;
- Informar a família sobre a situação;
- Equipe deve prestar apoio emocional.

ATENÇÃO

- Aplicar compressões torácicas até uma profundidade de, pelo menos, 2 polegadas (5 cm) para um adulto médio, evitando excesso na profundidade das compressões torácicas (2 mãos sobre a metade inferior do esterno);
- Evitar apoiar-se no tórax entre as compressões para que haja retorno total da parede do tórax após cada compressão - ventilar adequadamente (2 respirações após 30 compressões, cada).
- Respiração administrada em 1 segundo, provocando a elevação do tórax;
- Limite as interrupções nas compressões torácicas a menos de 10 segundos.
- A reanimação pode ser dividida em atendimentos: primário e secundário. Na Casa de Parto será realizado o atendimento primário que não consiste em intubação endotraqueal e/ou uso de medicações.

4.9 REANIMAÇÃO NEONATAL

DEFINIÇÃO

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

RESULTADOS ESPERADOS

Garantir o suporte básico de vida;

Garantir atuação rápida e eficaz

RESPONSÁVEIS

-Enfermeira(o) Obstetras/Obstetriz

MATERIAIS/ EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

- O ambiente térmico adequado para o recém-nascido é de 24 a 26°C, sem corrente de ar na sala de parto;
- Fonte de calor radiante (36°C na mesa onde receberá os primeiros cuidados);
- Mesa de reanimação com acesso por 3 lados;
- Oxímetro de pulso com sensor neonatal;
- Fonte de oxigênio;
- Aspirador a vácuo com manômetro;
- Relógio com ponteiro de segundos.
- Termômetro digital para mensuração da temperatura ambiente;
- Campos secos aquecidos;
- Sondas de aspiração traqueal número 8 e 10 e pera de borracha;
- Sondas gástricas curtas número 6 e 8 ;
- Seringa de 20 ml;
- Reanimador manual neonatal (balão autoinflável com volume máximo de 750 ml, reservatório de oxigênio e válvula de escape com limite de 30-40 cm H₂O e/ou manômetro)
- Mascaras redondas com coxim de termo 1;
- Estetoscópio Neonatal;
- Luvas e óculos de proteção individual;
- Compressas e gazes esterilizadas;
- Tesoura de ponta romba e clampeador de cordão umbilical.

DESCRIÇÃO

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

Preparar materiais e equipamentos para possível reanimação:

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

EM CASOS QUE OCORRER O NASCIMENTO (vide fluxograma):

Após o nascimento, avaliar imediatamente a necessidade de reanimação:

A necessidade de reanimação depende da avaliação rápida de quatro situações referentes à vitalidade do conceito, sendo feitas as seguintes perguntas:

- Gestação à termo?
- Respirando ou chorando?
- Tônus muscular bom?
- Se a resposta é sim a todas as perguntas, considera-se que o RN está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação.

Observar e determinar:

- A respiração ou o choro,
- O tônus muscular,
- A presença de líquido meconial,
- O batimento cardíaco,
- O tempo transcorrido em segundos.

A reanimação depende da avaliação simultânea da respiração e da frequência cardíaca (FC).

A FC é o principal determinante da decisão de indicar as diversas manobras de reanimação.

Logo após o nascimento, o RN deve respirar de maneira regular, suficiente para manter a FC acima de 100 bpm. A FC deve ser avaliada por meio da ausculta do precórdio com estetoscópio, podendo eventualmente ser verificada pela palpação do pulso na base do cordão umbilical.

Se, no entanto, o neonato ao nascer, não está respirando e/ou apresenta-se hipotônico, sem vitalidade adequada ao nascer, o cordão umbilical deve ser clampeado e o RN deverá ser conduzido à mesa de reanimação, ou se o cordão umbilical apresenta pulsação e a enfermeira obstetra (o) /obstetrix preferir, poderá realizar as manobras ainda com o cordão umbilical intacto, colocando o RN sobre uma superfície rígida de calor radiante. Indica-se os seguintes passos:

- **Prover calor:** Recepcionar o RN em campos aquecidos e coloca-lo sob calor radiante. Após a colocação sob fonte de calor radiante e a realização das medidas para manter as vias aéreas permeáveis*, é preciso secar o corpo e a região da fontanela e desprezar os campos úmidos. Um cuidado especial deve ser dirigido no sentido de evitar a hipertermia, pois pode agravar a lesão cerebral em usuárias asfixiados. Recomenda-se que a temperatura axilar do RN seja mantida entre 36,5-37,5°C (normotermia), desde o nascimento até a admissão no alojamento conjunto ou na unidade neonatal.

- ***Manter a permeabilidade das vias aéreas:** posicionar a cabeça do RN, com uma leve extensão do pescoço. Evitar a hiperextensão ou a flexão exagerada do mesmo. Por vezes, é necessário colocar um coxim sob os ombros do usuário para facilitar o posicionamento adequado da cabeça.
- **Aspirar vias aéreas (se necessário):** A aspiração de vias aéreas está reservada às usuárias que apresentam obstrução à respiração espontânea por secreções. Aspirar delicadamente a boca e depois as narinas, deverão ser aspiradas delicadamente com sonda traqueal nº 8 – 10 conectada ao aspirador a vácuo, sob pressão máxima aproximada de 100 mmHg. Se o líquido for meconial usar sonda de aspiração traqueal nº 10. Evitar a introdução da sonda de aspiração de maneira brusca ou na faringe posterior, pois pode induzir à resposta vagal e ao espasmo laríngeo, com apneia e bradicardia. A aspiração da hipofaringe também deve ser evitada, pois pode causar atelectasia, trauma e prejudicar o estabelecimento de uma respiração efetiva. Tais passos devem ser executados em, no máximo, 30 segundos.
- **Avaliar a respiração e a FC:** Se houver vitalidade adequada, com respiração rítmica e regular e FC >100 bpm, o RN deve receber os cuidados de rotina na sala de parto.
- Se o usuário, após os passos iniciais, não apresenta melhora, presença de apneia, respiração irregular e/ou FC <100 bpm (auscultar por 6 segundos e multiplicar o valor por 10), indica-se a ventilação com pressão positiva.

Iniciar ventilação com pressão positiva em ar ambiente:

O ponto crítico para o sucesso da reanimação neonatal é a ventilação pulmonar adequada, fazendo com que os pulmões recém-nascido se inflam.

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

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

Reavaliar em 30 segundos:

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

Reavaliar em 60 segundos:

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

Reavaliar FC e respiração em 60 segundos:

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

Quadro- Valores de saturação pré-ductais desejáveis segundo a idade pós-natal

Minutos de vida	SatO ₂ pré-ductal
Até 5	70-80%
5-10	80-90%
>10	85-95%

Fonte: Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria.

REFERÊNCIAS

American Academy of Family Physicians. ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) Provider Manual. 8ª ed. Tomahawk Creek Parkway Leawood, Kansas. 2017. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/aafp/2017-also-provider/ALSO-Provider-2017-Syllabus.pdf>

American Heart Association. Destaques da American Heart Association 2015 – Atualização de diretrizes de RCP e ACE. AHA, 2015. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>

American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support (ATLS[®]): the tenth edition. Student Course Manual. Chicago, 2018. Disponível em: <https://www.44c.in.ua/files/book11.pdf>

Amorim MM, Duarte AC, Andreucci CB, Knobel R, Takemoto ML. Distocia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina* 2013; 41 (3): 115-124.

Basile ALO, Bomfim MSP, Miyashita NT. Centro de Parto Normal: Implantação e Treinamento. São Caetano do Sul- SP: Yendis Editora, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio- Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal. 5ª ed. Brasília, 2014.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº371, de 7 de Maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.I cuidados gerais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2ª ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.II intervenções comuns, icterícias e infecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentode Ações Programáticas Estratégicas. – 2ª ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.III Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentode Ações Programáticas Estratégicas. – 2ª ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Portaria nº371, de 7 de maio de 2014. Diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico/ Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. 5ª ed. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Brasil. Portaria MS/GM nº 985, de 5 de agosto de 1999. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/parto-e-nascimento/portaria_985_1999_cpn.pdf

Colapso materno – Conduta da parada cardíaca na gravidez. FEMINA. 2012, 40(4):210-6. Disponível em: <http://febrasgo.tempsite.ws/site/wp-content/uploads/2013/05/2091.pdf>

Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010.

Mavrides E, Allard S, Chandraharan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. BJOG 2016;124:e106-49.

Melo ASO, Souza ASR, Amorim MMR. Avaliação Biofísica complementar da vitalidade fetal. (Additional biophysical evaluation of fetal surveillance).FEBRASGO. Femina, 2011;39(6):303-12.

Organização Mundial da Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação. Suíça, Genebra: OMS, 2ª edição, 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Resolução RDC nº 36 (03/06/08). Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos da Atenção Básica. Emergência Hipertensiva da Gravidez – atenção primária. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/EmergenciaHipertensivanaGravidez_ATE_NCAOPRIMARIA.pdf

Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao.

World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 3ª ed. Geneva, 2015.

World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2ª ed. Geneva, 2017.

Capítulo 5

PRÁTICAS INTEGRATIVAS

As práticas integrativas e complementares apresentadas a seguir, não tem estudos suficientes para formar um embasamento científico, com relação a sua utilização ou não. Porém, na prática obstétrica, tem se observado empiricamente seu efeito benéfico e sem maiores complicações, até o presente momento, como aqui orientados.

1. Trabalho corporal - Gestação

A posição do bebê é determinada pelos tecidos moles: ligamentos, músculos e fâscias, por isso devemos estimular exercícios que promovam relaxamento, maior flexibilidade da pelve e favoreçam a posição e rotação do bebê.

O método Spinning babies de Gail Tully propõe 3 princípios: simetria, gravidade e movimento com o objetivo de reduzir a força e aumentar a sensação de alívio e conforto por meio da restauração da fisiologia dos tecidos moles.

Atividades de equilíbrio durante a gestação podem oferecer mais conforto para a mãe na gravidez e durante o parto.

Indicar para gestante 1 a 2 exercícios por visita. Revisar técnicas anteriores em visitas subsequentes, estimular a gestante a praticar regularmente.

POSTURA AO SENTAR E DEITAR

Orientar a gestante sempre se sentar apoiada nas tuberosidades isquiáticas e não no sacro;

Ao deitar é importante o joelho estar alinhado com o tornozelo e o quadril. A posição mais indicada é em decúbito lateral esquerdo, orientar o uso do travesseiro preenchendo o espaço entre a cabeça e o ombro e outro entre as pernas fletidas. Antes de se levantar orientar realizar atividades com a mãos e pés para ativar a circulação.

Evitar permanecer sentada ou em pé por muito tempo, sempre trocar a postura para evitar dores e edemas.

ATIVIDADE FÍSICA

Incentivar a atividade física e a prática corporal regular a fim de tornar o dia a dia da gestante mais ativo. Incentivar atividades como caminhadas, natação, yoga, ou outra atividade que a gestante goste.

Observar sempre: hidratação durante a atividade, o repouso e os sinais de risco, quando a prática deverá ser suspensa até uma avaliação.

Contraindicações absolutas: sangramento uterino por qualquer causa, placenta baixa, risco de trabalho de parto prematuro, retardo de crescimento intra-uterino, sinais de insuficiência placentária.

ALONGAMENTOS

OBJETIVO: Aumentar a flexibilidade com firmeza

Alongamento da panturrilha:

Frequência: Diariamente.

DESCRIÇÃO:

Usar um rolinho de espuma firme (espaguete) ou uma toalha enrolada;

Apoie os braços em uma parede ou suporte fixo;

Coloque-se um pé no rolinho com o calcanhar para fora;

Mantenha o joelho reto e segure-se apoiando em um suporte fixo;

Se tiver ajuda de uma outra pessoa, poderá realizar esse alongamento da borda de uma escada/degrau.

Lunge

Frequência: Diariamente.

DESCRIÇÃO:

Colocar um pé sobre um banco ou cadeira;

Manter o outro pé do chão;

Balançar-se de um lado para o outro na direção do apoio.

Agachamento

Frequência: Diariamente.

DESCRIÇÃO:

Segurar na mão de um ajudante;

Agachar inclinando o bumbum para trás ("pensar que não deve fazer xixi nos sapatos");

Abertura de quadril (gato)

FREQUÊNCIA: Diariamente

DESCRIÇÃO:

Levantar o dorso (“gato bravo”), contraindo os músculos abdominais e dos glúteos

Relaxar e voltar ao normal

Repetir ritmicamente



Fonte: Arquivo Casa Angela

Liberação do lado

FREQUÊNCIA: Semanalmente – **realizar durante a consulta.**

DESCRIÇÃO:

- Iniciar a liberação em decúbito lateral, sobre qualquer um dos lados, mas sempre fazer em ambos os lados!
- Usar um travesseiro para manter o pescoço da gestante reto, sem deixar a cabeça inclinada;
- A gestante segura uma cadeira ou mesa próximo à borda da maca/cama;
- A gestante projeta o quadril 5 cm para fora da borda da cama;
- O ombro de cima deve ficar alinhado com o ombro que está por baixo;
- A gestante estica a perna de baixo, os dedos dos pés apontam para o joelho. O profissional não deve puxar a perna da gestante para endireitá-la;
- Manter a planta do pé inteira no chão;
- O ajudante deverá agachar junto.
- O profissional segura a frente e o topo da crista íliaca e pressiona para baixo de forma firme e delicada; O quadril não deve inclinar para frente ou para trás; Balance o quadril levemente para frente e para trás;
- A gestante eleva a perna 30 graus e traz a perna para frente sobre a perna que esta por baixo.
- A perna fica solta e relaxada em direção ao chão;

- Aguarde até que a perna se alongue (4 a 10 minutos);
- Repita do outro lado.

O alinhamento do corpo da gestante é o segredo do sucesso deste alongamento.



Fonte: Arquivo Casa Angela

Elevação da barriga com rebozo*

FREQUÊNCIA: Semanalmente – **realizar durante a consulta.**

OBJETIVO: _Relaxar os músculos abdominais e ligamentos uterinos, pode reduzir o desconforto causado pelo peso da gravidez e facilitar a rotação do bebê durante o trabalho de parto

DESCRIÇÃO:

Envolver o rebozoao redor do abdome da gestante, um pouco acima dos quadris;

A gestante se ajoelha e apoia os braços em uma cadeira ou bola suíça;

Posicionar os joelhos perto do quadril da gestante e flexionar levemente;

Posicionar as mãos e os polegares para cima, punhos retos;

Elevar o peso total da barriga e fazer movimentos circulares por 5 a 20 minutos;

Manter a elevação firme durante os movimentos, o foco esta no ritmo e não na força;

Lembrar a gestante de não deixar de respirar.

Atenção: Lembrar sempre dos 3 princípios em todos os exercícios: simetria, gravidade e movimento

2. MASSAGEM PERINEAL GESTAÇÃO

OBJETIVO: favorecer a consciência corporal, alongar os músculos do assoalho pélvico reduzindo o risco de trauma perineal durante o parto (lacerações e episiotomia).

FREQUÊNCIA: Gestantes a partir de 35 semanas de gestação, uma ou duas vezes por semana.

CONTRAINDICAÇÕES: Vaginose, lesões ou herpes ativa, bolsa rota.

DESCRIÇÃO

A Massagem perineal pode ser realizada pela própria gestante, enfermeira obstetra/obstetiz e pelo companheiro (a). Ao explicar a técnica para o companheiro (se for o desejo da gestante), salientar que deve ser com delicadeza e que ele deve estar atento aos sinais da gestante.

- Lavar as mãos;
- As unhas devem estar curtas e limpas;
- Pode ser realizada durante o banho, deitada, sentada, semi-sentada, em pé com as pernas afastadas...na posição que a gestante se sentir mais confortável;
- Se for enfermeira obstetra/obstetiz que for realizar a massagem: calçar as luvas;
- Lubrificar os dedos - Utilizar lubrificante a base de água ou óleo vegetal de semente de uva ou amêndoas;
- Realizar movimentos circulares lentos e delicados em volta do introito vaginal entre 3h e 9h;
- Introduzir o dedo polegar cerca de 1 cm para dentro da vagina e realizar movimentos circulares (se for o parceiro ou a enfermeira obstetra/obstetiz, utilizar o dedo indicador e médio);
- Introduzir o dedo mais profundamente, cerca de 2 a 3 cm para dentro do canal vaginal e realizar movimentos de semicírculos (em forma de "U") entre 3h e 9h, é comum sentir vontade urinar ou um leve incomodo;
- Realizar uma pressão, empurrando a musculatura para baixo, em direção ao ânus (6horas), segurar a pressão por 20 a 30 segundos;
- Respirar profundamente e lentamente;
- Repetir a pressão em outros lados da vagina (3 horas, 4h30, 7:30 e 9h);
- Pode colocar um espelho para visualizar;
- Durante a massagem a gestante deve ficar atenta nas sensações e imaginar que o corpo dela esta abrindo passagem para o bebê.

3. BEBÊS PÉLVICOS

Possíveis causas:

- CAUSAS MATERNAS: Forma da pelve materna; Tumores, sinéquias (pós-cirúrgicas ou inflamatórias) ou malformações congênitas do útero; Localização baixa da placenta ou placenta prévia.
- CAUSAS FETAIS: Gemelaridade; Prematuridade; Polidrâmnio ou oligoâmnio; Forma da cabeça; Problemas do cordão (curto, circulares da cabeça, membrostronco); Tônus muscular diminuído (Cromossomopatias, síndrome de Down).

Diagnóstico:

Na palpação obstétrica: Palpamos a cabeça no fundo uterino e palpamos a nádega na parte inferior do abdome. Quando palpamos a cabeça no fundo do útero e "balançamos" de um lado para o outro, não observa-se a movimentação do tronco, porém na apresentação cefálica, quando palpamos a nádega no fundo uterino e fazemos um balanço, verificamos que todo o troco se move junto.

Toque vaginal: palpamos a nádega, orifício anal, um dos pés.

Ultrassonografia: Identifica claramente a posição do feto.

Versão espontânea:

Em primíparas entre 33 a 36 semanas 25% dos casos ocorre versão espontânea a partir de 37 semanas, 6% dos casos. Em múltiparas, 54% dos casos pode ocorrer versão espontânea.

MÉTODOS:

Atentar para as causas, confirmada gestação de baixo risco, iniciar métodos para estimular versão, recomendando-se a partir de 32 semanas de gestação se o bebê não estiver cefálico (bebê transversal ou pélvico).

Andar de 4 apoios

Frequência: 3 vezes ao dia 10 a 15 minutos

Ponte indiana

Gestantes a partir de 33 semanas;

Posicionar as pernas pelo menos 40 cm mais altas;
Nádegas mais altas do que o tórax, pode ser auxiliado com travesseiros/almofadas
Levantar subitamente;

Frequência: Duas vezes ao dia durante 10 a 15 minutos

Inversão inclinada para frente

A partir de 32 semanas;

FREQUÊNCIA: Fazer 5 a 7 inversões inclinadas para frente no período de 24 a 48 horas;
Sempre deverá ter um ajudante para evitar quedas;

Descrição:

1. Ajoelhar em uma borda de uma superfície firme (cama, sofá),
2. Caminhar com uma mão de cada vez, em seguida flexionar um dos cotovelos e apoiar sobre o antebraço,
3. Fazer a mesma coisa com o outro braço,
4. Recolher o queixo, não apoiar o peso do corpo sobre a cabeça,
5. Permanecer na posição por 3 ciclos respiratórios (cerca de 30 seg.)
6. Caminhar com as mãos retornando para a posição de início, de volta para a posição de joelhos.

Contraindicações: Hipertensão, glaucoma, lesão recente na cabeça, ombro ou coluna ou outros riscos.

Não realizar após se alimentar (mínimo 1 hora de intervalo após refeição).

Moxabustão

Ponto B 67

Entre 33 a 36 semanas;

Frequência: Realizar 4 sessões em dias alternados, 10 minutos de cada lado na posição genupeitoral ou 4 apoios.

Massagem no quadril com o rebozo – bombom

A partir de 33 semanas

DESCRIÇÃO:

1. A gestante deve ficar de 4 apoios ou na posição genupeitoral;
2. Posicionar-se de joelhos atrás da gestante;
3. Embrulhar o tecido como um papel de bombom firmemente em volta do quadril da gestante; Verificar se o rebozo esta cobrindo as nádegas;
5. Fazer movimentos curtos de vaivém, rápidos e vibrantes respeitando a intensidade indicada pela gestante.



Fonte: Arquivo Casa Angela

4-ÓLEO DE PRÍMULA

OBJETIVO: Amadurecimento cervical - O óleo de prímula auxilia na liberação de prostaglandina preparando o colo uterino.

INDICAÇÕES:

- o ≥ 40 semanas de gestação;
- o Pródornos dolorido e colo desfavorável;
- o Fase latente dolorosa e colo desfavorável.

USO INTERNO:

Ingestão: Tomar 2 cápsulas/ dia;

e/ou

USO TÓPICO:

Massagem no colo do útero:

1. Lavar as mãos;
2. Colocar luvas e realizar toque vaginal de acordo com pop propedêutica clínica e obstétrica;

3. Se indicado massagem com óleo de prímula, orientar a gestante;
 4. Umedecer a cápsula com água e abrir com uma agulha;
 5. Com o dedo indicador e médio passar o óleo (conteúdo da cápsula) no colo do útero massageando;
- Atenção - Não deve ser introduzido óleo no orifício interno do colo.

ÓLEO DE PRÍMULA USO TÓPICO: Contra-indicado em caso de bolsa rota e infecções vaginais/urinária.

5. ÓLEO DE RÍCINO

OBJETIVO: Estimular contrações uterinas

INDICAÇÕES:

- ≥ 40 semanas de gestação;
- Rotura precoce de membranas ovulares de termo.

EFEITOS COLATERAIS:

Diarreia, náuseas e vômitos

Escolher com a gestante um método de preparo:

Shake

- Bater no liquidificador 200ml de leite e uma fruta de escolha da gestante (de preferência mamão ou banana);
- Adicionar 1 a 2 colheres de óleo de rícino;
- Mexer bem;
- Oferecer para gestante que pode ingerir uma única vez ou aos poucos;

Ovo

- Fritar ou fazer uma omelete com 1 a 2 colheres de óleo de rícino;
- Oferecer para gestante comer.
- Pode repetir a dose após 4 horas se ausência de contrações uterinas.

6. REBOZO



Conceito:

É uma peça de vestuário símbolo da cultura mexicana. É utilizado também como cobertor, como apoio para carregar cestos na cabeça, para carregar bebês e crianças, como apoio ao ventre nas múltiparas, para realizar massagens e para realizar manobras que movimentam o bebê dentro do útero.

TECIDO: É um tecido geralmente feito a mão medindo 2,40m x 70cm. É preferível que o rebozo seja feito de um algodão que tenha um pequeno efeito elástico no comprimento e,

principalmente na diagonal. Profissionais mais altas precisam de rebozos mais longos.

Manutenção: Se usado no pré-natal deixar arejar e lavar periodicamente; se usado no parto lavar sempre após o uso.

Fonte: Arquivo Casa Angela

CUIDADOS IMPORTANTES:

- - Manter o rebozo esticado (livre de ondulações) quando estiver embaixo da pessoa;
- - Não dobrar o tecido de modo que fique estreito demais durante o uso;
- - Verificar se o rebozo está posicionado simetricamente embaixo da pessoa, de modo que ambos os lados sejam iguais e que a profissional possa tensionar ambas as extremidades com igual força;
- - A técnica é mais sustentável se os braços do profissional estiverem mais esticados (dobrar os braços demanda mais energia);
- - Sempre que ajustar o tecido, verificar se está na posição adequada e se não está causando irritação na pele.

MASSAGEM DA PELVE EM POSIÇÃO EM PÉ:

OBJETIVO: Relaxamento da musculatura pélvica.

INDICAÇÕES:

- ≥ 40 semanas de gestação;
- Rotura precoce de membranas ovulares de termo;
- Dinâmica uterina ineficaz;
- Fase latente dolorosa;
- Pródromos dolorido.
- Ausência de dequitação placentária > 30 minutos (Vide POP Retenção Placentária).



Fonte: Arquivo Casa Angela

DESCRIÇÃO:

- A gestante deve ficar em pé, com os pés ligeiramente afastados;
- A gestante deve estar firme e não escorregar com facilidade (evitar usar meias e sapatos que podem escorregar com facilidade, o mais indicado é remover os sapatos e optar por uma superfície não escorregadia);
- O exercício pode ser feito com a gestante contra uma parede ou apoiada em uma terceira pessoa que se apoiará na parede;
- Ficar em frente a gestante e verificar se há espaço suficiente entre vocês para que o rebozo possa ser segurado com os braços esticados;
- Afastar os pés e encontrar seu equilíbrio;
- O profissional deve ficar em pé e firme de modo que não se desloque ao movimentar o rebozo ou devido ao peso da mulher;
- O rebozo deve ser posicionado em volta do quadril da gestante – da cintura até a parte superior das pernas, toda a região da pelve deve ser envolvida;
- O centro do rebozo fica embaixo do cóccix, havendo a mesma quantidade de tecido de cada lado;
A gestante se inclina para trás, para dentro do rebozo;
- O peso deve estar distribuído de forma igual entre as duas pernas;
- O profissional deve segurar firme as duas extremidades do rebozo, enrolando em volta dos pulsos;
Começar com um ritmo relaxante, puxando o tecido de um lado para o outro;
- O ritmo inicia lento com movimentos amplos e depois deve ficar fluidos e mais curtos, até curtos e rápidos como vibração.

7. TRABALHO CORPORAL – PARTO

A liberdade de movimento e mudanças na posição materna traz benefícios como: diminuição da probabilidade de analgesia intraparto; menor tempo de duração do trabalho de parto e menor probabilidade de parto cesáreo e instrumental.

Além disso, as posições verticalizadas e lateralizadas favorecem a oxigenação fetal. Algumas posições e exercícios estimulam a flexibilidade da pelve e facilitam a rotação do feto, outras aceleram a velocidade da descida da apresentação e aumentam as contrações uterinas, e outras ainda aliviam as dores nas costas e coluna e favorecem a retropulsão do cóccix, aumentando o diâmetro da bacia.

Portanto, durante o trabalho de parto as posições e exercícios podem ser usados tanto para métodos de conforto e alívio da dor como para prevenção e manejo de distócia.

Algumas posições permitem associação com outros recursos como caminhar, balançar, dançar, rebolar, rebozo, bola, cavalinho, banqueta e ainda associação com recursos não farmacológicos de alívio da dor, como banho, massagem e etc.

É importante sempre seguir os 3 princípios: simetria, gravidade e movimento em todas as atividades.

POSIÇÕES INCLINADAS PARA FRENTE

INDICAÇÃO:

- Cabeça sobreposta ao osso púbico, mal encaixado ou fixo no estreito superior da pelve superior (plano de De Lee - 2);
- Parturiente com muita dor nas costas (pode associar com métodos de alívio da dor);
- Variedade de posição desfavorável - Oblíqua, transversa persistente, assinclitismo...;
- Puxo antes da dilatação total: não usar banqueta! Usar 4 apoios, sims, genupeitoral de pernas abertas;
- Presença de puxo com colo anterior usar posição genupeitoral;
- Edema de vulva.

4 APOIOS + REBOZO (BOMBOM)

INDICAÇÃO:

Parturiente com dor ou tensão nas costas, quadril ou assoalho pélvico; variedade de posição desfavorável - Oblíqua, transversa persistente, assinclitismo; parada da descida.

OBJETIVO:

- Relaxar o assoalho pélvico e quadril; aliviar pressão sobre articulações sacro-ilíacas;
- Observar gravidade, simetria e movimento.
- Realizar durante 3 contrações fortes ou 6 contrações leves.

(Vide técnica para versão espontânea de bebês pélvicos)

SUSPENSÃO ABDOMINAL, COM A MÃO DA PRÓPRIA PARTURIENTE OU REBOZO

INDICAÇÃO:

Cabeça sobreposta ao osso púbico, mal encaixado ou fixo no estreito superior da pelve superior (plano de De Lee - 2); assinclitismo.

OBJETIVO:A parturiente ajuda o feto a se direcionar melhor com relação ao eixo do canal de parto.

- Realizar durante 10 contrações.
- Descansar nos intervalos.

Encaixar o quadril e elevar o abdome pressionando para cima e para dentro.

POSIÇÕES LATERALIZADAS

Sempre deitar no lado do dorso fetal.

INDICAÇÃO:

Variedades de posição dorso posteriores (OEP, ODP, OS) e transversa baixa.

OBJETIVO: Rotação para posição dorsolateral:

- Parturiente deitada no lado, que corresponde ao dorso fetal durante 15-30min com contrações eficientes
- Na sequencia após rotação para uma variedade de posição anterior, prosseguir com parturiente ajoelhada e inclinada para frente durante 15-30min com contrações eficientes, conforme posições inclinadas para frente, como visto acima.

POSIÇÕES ASSIMÉTRICAS

INDICAÇÃO:

Dor lombar, dorsoposterior.

OBJETIVO:Aumentar o espaço da cavidade pélvica no lado da perna superior e propiciar rotação e descida

Para dorsoposterior:

- Flexão da perna no lado do dorso fetal.
Em outras situações alternar.

De passo

- Colocar o pé no assento de uma cadeira;
- Rotação de pé e joelho para fora em direção de 90° (abdução);
- Apoiar o peso do corpo sobre a perna elevada com joelho flexionado
- Sentir alongamento da parte interna da coxa

- Aplicar durante 3-4 contrações seguidas.

LIBERAÇÃO DE LADO

INDICAÇÃO:

Transversa persistente, parada da dilatação, parada da descida no estreito médio

OBJETIVO: amolecer o assoalho pélvico, abrir os quadris e o sacro.

- Nos dois lados durante duas contrações

Vide: Liberação do lado na gestação.

PERÍODO EXPULSIVO

ANTES DA ROTAÇÃO INTERNA

- Evitar posições totalmente verticais - Evitar descida sem rotação;
- Se for possível, mudar de posição a cada 3-4 contrações
- Priorizar posições com tronco inclinado para frente: 4 apoios, etc, pois seguindo a força gravitacional, o dorso se movimenta na direção da parede abdominal materna – cabeça segue passivamente para OP
- Alternar com posições lateralizadas – favorece a flexão da cabeça e rotação interna;
- Oferecer um descanso, em decúbito lateral e joelhos fechados por 3 contrações;
- Evitar banquetas e posições verticais se edema de vulva importante

ROTAÇÃO INTERNA CONCLUÍDA

- Posições verticais
- Pé apoiado
- Tronco = ponto fixo (“mãos agarradas em algo”)/ Pelve = ponto móvel
- Evitar posições semi-sentadas apoiadas no cóccix.
- Agachamentos: Durante 3 a 6 contrações subsequentes (planta dos pés apoiados no chão e joelho sobre os tornozelos).

INCLINAÇÃO PÉLVICA PORTERIOR

INDICAÇÃO: Presença de puxo com polo cefálico ainda alto.

Realizar durante as contrações.

PRENSA PÉLVICA

INDICAÇÃO: dor na região lombar e no sacro; parada da descida.

OBJETIVO: Facilitar a adaptação céfalo-pélvica, rotação e descida.

- o Parturiente agachada e apoiada por outra pessoa, realizar pressão bilateral na região das cristas ilíacas; aplicar durante 3 – 4 contrações seguidas.

O estreito superior diminui e o estreito médio e inferior aumentam.

8.CONDUTAS DE APOIO À EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

HIDROTERAPIA

A água quente estimula a liberação de endorfina, favorece a circulação de oxigênio, diminui o desconforto, regula as contrações, promove relaxamento do corpo e dos tecidos perineais. Promove o alívio da dor e diminui os índices de medicalização.

ASPERSÃO ->

Ducha nas costas para reduzir dores lombosacrais e ducha no abdome para estimular as contrações uterinas

IMERSÃO(avaliar com cautela):

- o Banho de imersão na fase ativa do parto a partir de 5-6 cm para relaxar, aliviar dor e tensão, acelerar a dilatação;
- o Banho de imersão com menos de 4-5cm para diminuir contrações ineficientes, doloridas e cansativas e possibilitar repouso;

A imersão pode desacelerar as contrações em algumas mulheres que entram na água na fase de pródromos. As contrações podem parar temporariamente e não retornar até que a mulher saia da água. Sendo assim, a hidroterapia em banheira pode ser uma alternativa para interromper os pródromos dolorosos, principalmente se associada ao uso de substâncias relaxantes, como Camomila e Lavanda.

A hidroterapia pode ser associado a outros exercícios como as posições inclinadas para frente, agachamento, bola e etc.

- O tempo de permanência na hidroterapia vai depender da vontade de cada cliente, sendo o mais indicado entre 40 e 60 minutos.
- A temperatura da água deve ser mantida entre 33 e 37°, (respeitando a preferência da mulher) para prevenir hipertermia materna e fetal;
- Aferir temperatura e pulso da parturiente antes de entrar na água e depois de hora em hora;
- Encher cerca de 2/3 da banheira, o suficiente para cobrir o abdome da parturiente em posição semi-sentada;
- Checar a temperatura da banheira com o auxílio de termômetro específico, para manter a temperatura adequada. É interessante anotar esse valor no partograma;
- Incentivar a escolha de posição não supina, ou a que seja mais confortável para a parturiente;
- Garantir privacidade;
- Não realizar toque vaginal dentro da banheira.



Fonte: Arquivo Casa Angela

BOLA

A bola pode ser usada como apoio nas posições citadas anteriormente.

É eficaz como método de alívio da dor, proporciona movimento, auxilia na descida da apresentação fetal e auxilia na diminuição da ansiedade da parturiente.

Para o exercício com a parturiente sentada na bola, é importante sempre manter o corpo alinhado e os pés bem apoiados no chão. Realizar movimentos circulares, para o lado esquerdo e direito ou para cima e para baixo.

DEAMBULAÇÃO

Estimula as contrações, diminui as dores lombares e favorece a descida da apresentação.

Deve ser acompanhado por alguém da equipe ou acompanhante.

TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO

Auxilia mantendo um nível baixo de ansiedade entre as parturientes, restitui autocontrole e oxigenação materno-fetal. Devemos valorizar a respiração espontânea da parturiente, se ela encontrar dificuldades a equipe deve orienta-la a realizar expirações lentas. Se houver necessidade pode orienta-la a contar - ao inspirar contar devagar até 3 ou 4, ou outro número que for mais confortável e ao expirar contar novamente, a expiração pode ser mais lenta do que a inspiração.

Se a parturiente se sentir confortável, pode inspirar pelo nariz e soltar pela boca, com a boca entreaberta e relaxada. No final do trabalho de parto talvez a parturiente sinta vontade fazer um som na expiração, um som leve, calmo e longo.

Oferecer goles de água entre os intervalos das contrações, para a boca não ficar muito seca.

No início talvez seja necessário a equipe respirar junto com a parturiente ou orientar para que o acompanhante faça.

MÚSICA

Proporciona distração, melhora o relaxamento, levanta o ânimo durante o trabalho de parto e parto, estimula o movimento, auxilia criando um ambiente descontraído.

A a seleção de músicas deve ser feita pela parturiente e descrita no plano de parto. Caso não haja uma definição no plano de parto, a escolha da música e sua utilização ou não deve seguir a escolha da parturiente.

COMPRESSAS

COMPRESSAS QUENTES: Aumentam o relaxamento e reduz a dor durante o parto. O calor alivia a isquemia muscular e aumenta o fluxo sanguíneo para a área de desconforto. Aplicação de calor é eficaz para dor nas costas causada por uma apresentação posterior ou fadiga. Pode ser usado panos aquecidos, bolsa de água quente, sacos de arroz aquecido. Pode ser úmida ou seca.

COMPRESSAS FRIAS: Aplicado no peito ou a face durante o parto pode ser eficaz em aumentar o conforto quando a mulher se sente quente. No entanto, a cultura de algumas mulheres pode fazer o uso de frio durante o parto inaceitável. Pode ser usado panos frios, compressas de gelo, pode ser úmida ou seca.

TOQUE E MASSAGEM

Proporciona alívio muscular, fortalece vínculo entre parturiente e acompanhante e entre

parturiente e equipe. Pode ser realizado na cabeça, nas costas (ombros, lombar), nas coxas, panturrilhas e pés. Pode ser usado em conjunto com aromaterapia, utilizando o óleo mais indicado para o momento. Sempre respeitar e preservar o desejo da parturiente.

9 .Chás

A parte da planta que é mais perto da terra são mais duras e precisam de um tempo maior de fervura, as partes que são mais perto do sol são mais sensíveis e requer um tempo menor:

- Chá de flores: água em torno de 98 graus sobre as flores e infusão por 2 minutos. Ex: Camomila
- Chá de folhas: água quente sobre as folhas em infusão por 4 minutos. Ex.: Salvia
- Raízes, cascas e sementes: Ferver junto com a água por 15 minutos e depois deixar por mais 10 minutos. Ex: gengibre, erva doce.

MATERIAL:

Substancia da planta escolhida, água fresca e fria, panela com tampa, peneira, relógio e jarra.

CHÁS ESTIMULANTES para o parto

OBJETIVO: estimular contrações uterinas.

INDICAÇÕES:

1. ≥ 40 semanas de gestação;

2. Rotura precoce de membranas ovulares de termo;
3. Dinâmica uterina ineficaz;
4. Fase latente dolorosa;
5. Pródromos dolorido.

Muitas vezes estimular o parto é também promover medidas que tragam relaxamento para a gestante. Qual método utilizar será definido pela enfermeira obstetra/obstetiz em conjunto com a gestante.

Chá de canela com verbena:

- o Leve 500 litro de água ao fogo;
Após ferver adicione 3 canela em pau, 10 cravos e de 3 a 5 cm de gengibre (fatiado);
Deixe ferver por 15 minutos;
- o Desligue o fogo, e adicione 10 folhas ou duas colheres de verbena;. Deixe em infusão por 4 minutos;
Reserve e consuma ainda quente ou morno, 3 xícaras por dia.
- o Também pode ser realizado somente com cravo, canela e gengibre.

Chá Mexicano – Naoli Vinaver (adaptado):

- Leve 1 litro de água ao fogo e acrescente:
2 a 3 canelas em pau;
Duas colheres de cacau ou 2-4 tabletes de chocolate (de preferencia 100% cacau);
5 a 10 grãos de pimenta preta;
3 a 5 cm gengibre fresco em fatias;
- Deixe ferver por 15 minutos;
- Desligue o fogo, acrescente 1 a 2 raminhos de alecrim (de preferencia fresco, mas pode ser seco);
- Tampe e reserve por 4 minutos;
- Coe e consumir quente ou morno, 3 xícaras por dia.
- Açúcar mascavo a gosto, ou mel adicionado ao copo antes de beber;

INGREDIENTES OPCIONAIS PARA MELHORAR O EFEITO DAS CONTRAÇÕES DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

- 1 a 2 colheres de pimenta vermelha em pó;
- meia colher de chá de orégano, manjeriço e tomilho;

A equipe e o companheiro também podem beber o chá, mas sem o ingredientes opcionais.

Chá de pimenta do reino

OBJETIVO: Estimular contrações uterinas no período expulsivo.

INDICAÇÕES: Período expulsivo prolongado.

- Adicione 10 grãos de pimenta do reino em água fervente;

- Deixe ferver por 15 minutos;
- Consumir ainda quente ou morno.

Chá de algodoeiro

OBJETIVO:Aumentar produção de leite materno.

INDICAÇÕES:Baixa produção de leite materno e no manejo ativo da dequitação.

- Ferva um litro de água;
- Desligue e coloque duas colheres de sopa de folhas de algodoeiro;
- Aguarde em infusão por 4 minutos;
- Consumir 3 xícaras ao dia.

CHÁS RELAXANTES

Chá de camomila:

OBJETIVO:Calmante

INDICAÇÕES:

≥ 40 semanas de gestação;
 Contrações prematuras;
 Fase latente dolorosa;
 Pródornos dolorido.

- Aqueça água até ferver,
- Desligue o fogo e aguarde uns 2 min;
- Coloque sobre as flores;
- Tampe e deixe em infusão por 2 minutos;
- Ingerir quente, morno, frio ou gelado, 3 xícaras por dia.

Chá de erva-doce (funcho)

OBJETIVO:Relaxante, alivia cólicas intestinais.

INDICAÇÕES:para puérperas que o RN apresenta cólicas intestinais.

- Ferva um litro de água;
- Acrescente 3 colheres de sopa de sementes de erva doce;
- Ferva por 15 minutos;
- Apague o fogo e deixe em infusão por 5 minutos;
- Coe e consumir quente ou morno, 3 xícaras por dia. (colocar este padrão para todos)

o **Chá de folhas de louro**

OBJETIVO:Relaxante, alivia cólicas.

INDICAÇÕES:para puérperas que apresenta cólicas no pós-parto.

- o Ferva 200ml de água;
- o Acrescente 3 folhas de louro;
- o Apague o fogo e deixe em infusão por 4 minutos;
- o Coe e consumir quente ou morno, 3 xícaras por dia.
- o Coe e consumir quente ou morno, 3 xícaras por dia.

10.ÓLEOS

1- Formas de uso

- **Inalações**

Algodão ou tecido

Colocar 1 ou 2 gotas de óleo essencial no algodão e deixar próximo da cliente, por exemplo, prender na alça do sutiã.

Difusor de ambiente

Colocar 1 ou 2 gotas de óleo essencial para durar de 10 a 15 minutos com água no difusor de tomada.

No pulverizador: 10 gotas de óleo para 200 ml de água, colocar em um recipiente de spray de bico fino e borrifar na sala de parto.

- **Banhos**

Imersão (banheira ou escalda-pés): Diluir o óleo no leite

Chuveiro : Colocar 1 gota de óleo essencial no sabonete líquido ou gotas no chão (inalação)

- **Massagem**

A sala deve estar bem arrumada e ventilada;

Luz conveniente e temperatura agradável;

Colocar,uma identificação na porta para ninguém entrar;

Sempre perguntar sobre possíveis alergias antes de usar;

Óleos essenciais devem ser diluídos antes da utilização, como por exemplo em um óleo base vegetal de semente de uva ou creme neutro vegetal;

Escolher o óleo e o local a ser aplicado.

2 - Cuidados

- Sempre que utilizar vidro escuro (âmbar ou azul). Não expor a luz solar, mudanças de temperatura e vapor;

- Armazenar preferencialmente em caixas de madeiras e refrigerado (não misturar com alimentos);
- Esterilizar vidros para manipular óleos preparados;
- Evitar plásticos;
- Fototoxicidade: não utilize óleos essenciais cítricos quando em contato com a luz solar*;
- **Nunca recomende a ingestão de óleo essencial;**
- Aplicação na pele: sempre dilua os óleos essenciais;
- Pressão arterial alta: cuidado com alecrim, canela, cravo, hortelã e gengibre;
- Não utilizar sálvia esclareaia em trabalho de parto estabelecido;
- **Não utilize óleos essenciais na banheira de nascimento, apenas permitido durante a gestação ou início do trabalho de parto com bolsa íntegra;**
- Não utilizar o óleo de Tea Tree durante o trabalho de parto.

Diluições

1 ml = 20/25 gotas – Média 22 gotas.

- 0,5% = 1,25 gotas para 10 ml / 12,5 gotas para 100 ml – **Máximo para bebês**
- 1% = 2,5 gotas para 10 ml / 25 gotas para 100 ml – **Máximo na gestação**
- 1,5% = 3,75 gotas para 10 ml/ 37,5 gotas para 100ml
- 2% = 5 gotas para 10 ml/ 50 gotas para 100 ml – **Máximo em Trabalho de parto**
- 3% = 7,5 gotas para 10 ml/ 75 gotas para 100 ml – **Máximo Indução natural**

3-Indicações

Massagem no abdômen com óleo estimulante de cravo, canela e gengibre:

Indicado para estimular contrações em caso de gestação > 40 sem, prédomos, fase latente ou RPM-T.

- Preparar ou separar óleo estimulante (uma gota de cada óleo essencial de: cravo, canela e gengibre para 10 ml de óleo base, como semente de uva por exemplo);
- Orientar a gestante;
- Lavar as mãos;
- A gestante deve estar em uma posição confortável (de preferência sentada ou semi-sentada); Aquecer as mãos;
- Colocar uma pequena quantidade nas mãos e espalhar;
- Iniciar a massagem do abdômen com as duas mãos, do lado do dorso fetal faz-se o desenho de uma meia lua e do outro lado um sol;
- Realizar a massagem por aproximadamente 5 minutos.

Massagem com óleo relaxante de lavanda:

Indicado para ansiedade, insônia, tensão muscular, dor nas costas, contrações aceleradas.

- Preparar ou separar óleo relaxante (lavanda);
- Oferecer o óleo para a gestante cheirar, se ela não gostar poderá ser substituído por camomila ou rosa;
- Oferecer massagem no local de tensão ou onde a gestante desejar.

Sálvia Esclaréia, Jasmim e Lavanda

Indicação 1: para estimular contrações, como alternativa ao óleo estimulante.

Fase latente: 2%

Gestação prolongada ou RPMO: 3%

Massagem no local de tensão ou onde a gestante desejar

Indicação 2: Placenta retida (ver POP Manejo ativo da dequitação)- Suspender uso após dequitação. Não utilizar em caso de hemorragia pós-parto.

Massagem abdominal, inalação ou compressa

Oferecer o óleo para a gestante/puérpera cheirar, se ela não gostar de algum óleo, pode ser que ela goste da mistura, se não gostar poderá ser feito comente com dois óleos.

Escolher o óleo, indicação e método de aplicação.

11. ACUPRESSURA

OBJETIVO: Estimular contrações uterinas

INDICAÇÕES:

- ≥ 40 semanas de gestação;
- Rotura precoce de membranas ovulares de termo;
- Dinâmica uterina ineficaz;
- Aplicar pressão por 10 a 60 segundos, com intervalo da mesma duração por 10 minutos. Pressão deve ser firme, mas não dolorosa. Repetir por até 6 vezes.
- -IG – 4 Hegu- Entre o polegar e o indicador.
- -BP 6 - Próximo ao tornozelo: 4 dedos acima do tornozelo (próximo ao osso, na parte interna da perna).

12. COMPRESSA PERINEAL

Compressa úmida morna

Indicações: Período expulsivo

- Umedecer duas ou três compressas com água morna agradável à parturiente
- Colocar no períneo e trocar na presença de sujidade e/ou resfriamento

Compressa de gelo

Indicações - Para puérperas que apresentam edema vulvar ou dor perineal pós-parto.

- Preparar cubos de gelo e envolver em um tecido, gaze ou compressa;
- Aplicar no local por 10 minutos;
- Pode ser realizado 3 vezes/dia.

REFERÊNCIAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in water during labor and delivery. Committee Opinion No. 679. *Obstet Gynecol* 2016;128:e231–6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).
- Basile ALO, Bomfim MSP, Miyashita NT. Centro de Parto Normal: Implantação e Treinamento. São Caetano do Sul- SP: Yendis Editora, 2007.
- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; CD000111
- Cho SH, Lee H, Ernst E. Acupuncture for pain relief in labour: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2010; 117(8):907-20.
- Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Listening to Mothers III: Pregnancy and Birth. *Childbirth Connection*, New York 2013.
- Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8:CD000012.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;7:CD003766.
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al., Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 3:CD009234.
- Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (1):CD008070.
- Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med* 2008; 6:7.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, (8): CD003934
- Makvandi S, Latifnejad Roudsari R, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res* 2015; 41(11):1679-86.

- Mackenzie IZ, Xu J, Cusick C, Midwinter-Morten H, Meacher H, Mollison J, et al. Acupuncture for pain relief during induced labour in nulliparae: a randomised controlled study. *BJOG* 2011; 118(4):440-7.
- Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2016,(5):CD009356.
- Michael M Beckmann, Owen M Stock. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;4(4):CD005123.
- Nesheim BI, Kinge R, Berg B, Alfredsson B, Allgot E, Hove G, et al. Acupuncture during labor can reduce the use of meperidine: a controlled clinical study. *Clin J Pain* 2003; 19(3):187-91.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Jones L. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2:CD009290.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 (3): CD009290.
- Smith CA, Collins CT, Crowther CA, Levett KM. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:CD009232.
- Simkin P, Whalley J, Keppler A, Durham J, Bolding A. *Pregnancy, Childbirth and the Newborn: The Complete Guide*, 4th ed, Meadowbrook Press, Minnetonka, MN 2010.
- Simkin P, Ancheta R, Hanson L. *The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia*, 3^a ed, 2017.
- The American College of Nurse-Midwives (2014) Position Statement. Hydrotherapy During Labor and Birth. American College of Nurse-Midwives, Silver Spring MD.
- Tully G. *Sppining babies. Guia de consulta rápida*. 1 edição. São paulo: Lexema, 2016.
- Vinaver N. *A técnica do rebozo revelada*. São paulo: Lexema, 2015.
- Vinaver N. *Recetas y recomendaciones para el embarazo, parto y postparto*. Disponível em: <http://nacimientoonatural.com/recomendaciones-recetas-y-otros-apoyos/index.php>.
- Wise J. Legionnaires' disease in UK baby triggers warning over some home birth pools. *BMJ* 2014; 348:g4118.
- Yamamura Y. *Acupuntura tradicional: a arte de inserir*. 2 edição. São Paulo: Roca, 2001.
- Tiran D. *Aromatherapy in Midwifery Practice* 1^a ed. Philadelphia: Singing Dragon. 2016.

Capítulo 6

POPs

1 - AMNIOSCOPIA

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra/ obstetriz

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra/ obstetriz

1 - Definição

É a visualização do líquido amniótico, através de uma lente transparente chamada amnioscópio.

2 - Resultados esperados

Diagnosticar possíveis alterações e sinais de maturidade e sofrimento fetal.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- Luvas de procedimento
- Amnioscópio
- Suporte de amnioscópio
- Foco de luz

4 – Descrição

- Orientar a gestante e o acompanhante sobre o procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Acoplar o amnioscópio ao suporte;
- Posicionar a gestante em posição ginecológica;
- Calçar as luvas;
- Realizar toque vaginal, verificando se há cervicodilatação;
- Havendo cervicodilatação, introduzir devagar o amnioscópio guiado pelos dedos no colo

do útero;

- Avaliar o aspecto do líquido amniótico, vide recomendações;
- Retirar o amnioscópico;
- Colocar em recipiente com solução desinfetante;
- Retirar a gestante da posição ginecológica;
- Higienizar as mãos;
- Orientar a gestante que após o procedimento poderá haver sangramento e/ou cólica;
- Realizar anotação;
- Encaminhar o amnioscópico para a desinfecção;
- Organizar a sala.

5- Recomendações

Aspecto do líquido amniótico:

Claro sem grumos: feto pré-termo (não maduro);

Claro com grumos: feto a termo (feto maduro);

Esverdeado: presença de mecônio;

Avermelhado (hemoâmnio): sofrimento fetal;

Achocolatado: morte fetal.

Outras considerações:

Se ocorrer alteração do exame ou insegurança de líquido amniótico claro, deve ser considerado como sendo líquido amniótico duvidoso e deve-se então realizar a encaminhamento/ transferência da gestante para o hospital.

6 – REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Neme B. Obstetrícia básica. 3º ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

Urasaki MBM. Procedimentos técnicos em centro obstétrico e centro de parto normal. São Paulo: Martinari, 2012.

2- AMNIOTOMIA

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra/ Obstetrix

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra / Obstetrix

1 - Definição

Rompimento artificial da bolsa das águas.

2 - Resultados esperados

Realizar rompimento artificial das membranas ovulares de forma segura.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- Luvas estéril
- Amniótomo
- Gel lubrificante
- Comadre
- Forro ou absorvente higiênico
- Óculos de proteção

4 – Descrição

- Orientar a parturiente e ao acompanhante sobre o procedimento;
- Reunir materiais necessários próximo ao leito no qual o procedimento será realizado.
- Higienizar as mãos;
- Posicionar a gestante;

- Colocar os óculos de proteção;
- Calçar as luvas;
- Posicionar a comadre abaixo dos glúteos da gestante a fim de conter o líquido a ser drenado;
- Realizar toque vaginal, delimitando a bolsa das águas e mantendo os dedos no canal vaginal;
- Excluir a presença de vasos sanguíneos nas membranas (*vasa previa*);
- Certificar-se que a apresentação não esteja acima do plano -2 de De Leeou que esta esteja fixa;
- Introduzir o amniótomo entre os dedos indicador e médio até alcançar a bolsa - Introduzir o amniótomo no canal vaginal com a extremidade a ser utilizada virada para o lado, usando o dedo indicador como guia;
- Virar o amniótomo com a ponta para cima e, de preferência durante uma contração uterina, realizar um movimento de rotação do lado para cima e tracioná-lo para fora, de modo a romper a bolsa;
- Aumentar a ruptura feita com a ponta dos dedos;
- Manter os dedos firmes, segurando a apresentação a fim de evitar prolapso de cordão umbilical;
- Retirar a comadre;
- Avaliar a coloração do líquido amniótico, vide recomendações;
- Deixar a parturiente em posição confortável;
- Oferecer forro ou absorvente à mesma;
- Realizar ausculta fetal, a fim de observar se houve alteração na BCF;
- Organizar a sala;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações em prontuário.

5- Recomendações

O líquido amniótico esperado para fetos de termo deve ter aspecto claro e com a presença de grumos. Quando o líquido visualizado for de aspecto achocolatado (indicativo de óbito fetal), esverdeado (indicativo de mecônio) ou sanguinolento (indicativo de Descolamento Prematuro de Placenta), deve-se realizar a transferência da gestante.

Embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto, efeitos indesejados também podem ocorrer com essa prática, como o incremento de desacelerações precoces do Batimento Cardio Fetal e Bossa Serosanguinolenta no recém-nascido; bem como o aumento do risco de infecções ovulares e puerperais quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas.

Dessa forma a rotura artificial das membranas deve ser evitada, reservando-se seu uso para aquelas condições onde sua prática seja claramente benéfica (distócias funcionais e amnioscopia duvidosa), sendo contraindicado em caso de apresentação fetal alta devido risco de prolapso de cordão.

6 – REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Neme B. Obstetrícia básica. 3º ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

Urasaki MBM. Procedimentos técnicos em centro obstétrico e centro de parto normal. São Paulo: Martinari, 2012.

3- ASPIRAÇÃO DE VIAS AEREAS SUPERIORES DO RECEM-NASCIDO

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra/ obstetrix

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra/ obstetrix

1 - Definição

É a aspiração através de cateter das vias aéreas superiores do recém-nascido.

2 - Resultados esperados

Desobstruir vias aéreas superiores e prevenir possível broncoaspiração de secreções.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- 01 par de luvas estéril
- 01 cateter de aspiração com válvula nº 06, 08 ou 10
- 01 aspirador
- 01 frasco coletor
- 03 ampolas de água destilada
- 01 bandeja
- 01 cuba estéril
- Equipamento de Proteção Individual (EPI): Óculos e máscara de proteção
- Tubo de conexão de 1 metro

4 – Descrição

- Reunir todo o material;
- Avaliar o tamanho da sonda de aspiração;
- Higienizar as mãos;
- Orientar a puérpera e/ou familiar quanto ao procedimento;
- Abrir o material a ser utilizado;
- Conectar a sonda de aspiração à extensão do frasco descartável;
- Colocar a água destilada na cuba;
- Posicionar o recém-nascido com decúbito elevado;
- Ligar o aspirador;
- Colocar os equipamentos de proteção individual;
- Calçar luvas estéreis;
- Com a mão não dominante segurar a face do neonato;
- Medir o limite da sonda a inserir (ponta da sonda no lobo da orelha do RN até a ponta do nariz, definir a distância e marcar o local de introdução);

- Com a mão dominante, introduzir a sonda primeiro na cavidade oral, depois na nasal, mantendo a válvula aberta (impedindo aspiração pelo vácuo);
- Ocluir a válvula e retirar a sonda lentamente;
- Dar um intervalo de 30 seg. entre uma aspiração e outra;
- Repetir o processo até limpeza total da cavidade oral, avaliando condição respiratória
- Aspirar água destilada para limpeza da extensão;
- Retirar a sonda, luvas, máscara e óculos;
- Desprezar o material utilizado;
- Desligar o aspirador;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente limpo e em ordem;
- Registrar o procedimento.

5- Recomendações

- Este procedimento deve ser realizado sempre que for observada quantidade aumentada de secreção em boca e nariz, não sendo prática rotineira;
- Lembre-se de evitar a introdução da sonda de maneira brusca ou na faringe posterior, que pode induzir a resposta vagal e o espasmo laríngeo, com apnéia e bradicardia;
- Quando houver mecônio espesso usar a sonda nº10.

6 – Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.II intervenções comuns, icterícias e infecções/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2ª ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Urasaki MBM. Procedimentos técnicos em centro obstétrico e centro de parto normal. São Paulo: Martinari, 2012.

4- Avaliação da idade gestacional – método capurro e Classificação do recém-nascido

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetriz

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetriz

Definição

É o exame utilizado para determinar a idade gestacional de recém-nascidos maiores do que 28 semanas. Pode ser realizado logo ao nascer (método somático) e com 6 horas de vida para os RNs saudáveis (somático e neurológico).

2 - Resultados esperados

Estimar através do exame clínico-neurológico a idade gestacional do RN

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- Luvas de procedimento
- Aquecedor
- Fita métrica
- Material para anotação

4 – Descrição

Método Capurro – somático

Textura da pele	0	5	10	15	20
Forma da orelha	0	8	16	24	
Glândula mamária	0	5	10	15	
Formação do mamilo	0	5	10	15	
Pregas plantares	0	5	10	15	20

K: 204

K + soma de pontos: idade gestacional em dias (desvio padrão +/- 8,4 dias)

Método Capurro - Somático e Neurológico – 24h/vida

Forma da orelha	0	8	16	24	
Textura da pele	0	5	10	15	20
Glândula mamária	0	5	10	15	
Pregas plantares	0	5	10	15	20
Sinal do Xale	0	6	12	18	
Posição da cabeça ao levantar o RN	0	4	8	12	

K=200

K + soma de pontos: idade gestacional em dias (desvio padrão +/- 8,4 dias)

Textura da Pele

- 0= muito fina, gelatinosa.
- 5= fina e lisa
- 10= algo mais grossa, discreta descamação superficial.
- 15 = grossa, rugas superficiais, descamação nas mãos e pés.
- 20 = grossa apergaminhada, com gretas profundas.

Forma de Orelha

- 0= chata disforme, pavilhão não encurvado.
- 8= pavilhão parcialmente encurvado na borda.
- 16= pavilhão parcialmente encurvado em toda parte superior.
- 24= pavilhão totalmente encurvado.

Glândula Mamária

- 0= não palpável.
- 5= palpável, menos de 5mm.
- 10= entre 5 e 10mm.
- 15= maior de 10mm.

Pregas Plantares

- 0 = sem pregas.
- 5 = marcas mal definidas sobre a parte anterior da planta.
- 15 = marcas bem definidas sobre a metade anterior e sulcos no terço anterior.
- 20 = sulcos em mais da metade anterior da planta.

Sinal do Xale

- 0 = o cotovelo alcança a linha axilar anterior do lado oposto
- 6 = o cotovelo situado entre a linha axilar anterior do lado oposto e a linha média
- 12 = o cotovelo situado ao nível da linha média
- 8 = o cotovelo situado entre a linha média e a linha axilar anterior do mesmo lado.

Posição da Cabeça ao Levantar o RN

- 0 = cabeça totalmente deflexionada, ângulo torácico 270°.
- 4 = ângulo cérvico-torácico entre 180° e 270°.
- 8 = ângulo cérvico-torácico igual a 180°.
- 12= ângulo cérvico-torácico menor de 180°.

Formação do Mamilo

- 0= apenas visível
- 5= aréola pigmentada - diâmetro menor que 7,5 mm..
- 10= aréola pigmentada, pontiaguda - diâmetro menor que 7,5 mm,

– 15= borda não levantada borda levantada - diâmetro maior que 7,5 mm.

Classificação do Recém - nascido:

- o Classificar o RN em:
- o Prematuros: idade gestacional inferior a 37 semanas
- o A termo: idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias
- o Pós-termo: idade gestacional igual ou maior que 42 semanas

Quando associamos o peso à idade gestacional, o RN é classificado segundo o seu crescimento em peso intra-uterino:

- o RN grande para a idade gestacional: Peso acima do percentil 90 - GIG.
- o RN adequado para a idade gestacional: peso entre o percentil 10 e 90 - AIG.
- o RN pequeno para a idade gestacional: peso abaixo do percentil 10 - FIG.

Para classificação da idade gestacional definitiva utilizaros seguintes critérios em ordem de prioridade: 1º - ultrassom morfológico de 1º trimestre, 2º - data da última menstruação (DUM), 3º - Capurro somático e neurológico.

Tabela – Peso ao nascer – ambos os sexos:

Id. Gest. Percentis suavizados

valores originais

	5	10	25	50	75	90	95	Média	Desvio Standard
29	-	700	1012	1190	1727	1800	-	1330	350
30	-	810	1075	1388	1750	2150	-	1404	400
31	-	1092	1319	1638	1809	2400	-	1430	410
32	-	1300	1574	1898	2215	2650	-	1900	337
33	1502	1617	1942	2163	2567	2900	3555	2322	447
34	1748	1850	2165	2388	2882	3150	3557	2454	423
35	1897	2050	2394	2682	3041	3300	3576	2677	416
36	2027	2252	2572	2882	3197	3456	3596	2919	503
37	2186	2407	2700	2995	3307	3606	3752	2984	468
38	2390	2598	2820	3100	3373	3700	3850	3099	441
39	2520	2704	2927	3200	3487	3773	3933	3232	411
40	2620	2790	3017	3298	3563	3840	4017	3297	438
41	2682	2846	3080	3367	3630	3905	4069	3364	429
42	2722	2891	3131	3433	3693	3990	4136	3429	416
43	2635	2898	3148	3433	3758	4050	4225	3477	433
44	2437	2850	3122	3425	3825	4095	4367	3443	479

Fonte: MS- Manual de Assistência ao Recém-nascido



Fonte: Arquivo Casa Angela

5- Recomendações

O Capurro método somático deve ser realizado logo ao nascer junto ao primeiro exame físico e o Capurro somático e neurológico com 24 horas de vida na ausência de ultrassom de 1º trimestre e

DUM.

6 – REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.III Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. Organização Pan-Americana da saúde. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

5- CARDIOTOCOGRAFIA

Responsáveis / executantes:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetriz

o Definição

A cardiocografia é um método biofísico não invasivo, complementar na avaliação do bem estar fetal. Consiste no registro gráfico da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas. É classificada em cardiocografia ante parto e intraparto. É chamada de basal quando o exame ocorre sem interferência do examinador, e estimulada quando se utilizam recursos mecânicos para testar a reação do feto.

2 - Resultados esperados

Avaliar vitalidade fetal

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- o Aparelho Cardiotocógrafo;
- o Gel condutor;
- o Lençol;
- o Papel toalha.



Fonte: Arquivo Casa Angela

4 – Descrição

- o Comunicar a gestante/parturiente quanto ao procedimento e lavar as mãos;
- o Preparar a cama, ou uma poltrona, deixando a gestante/parturiente semi-sentada ou na posição que se sentir mais confortável;
- o Expor o abdômen e cobrir a gestante/parturiente com o lençol;
- o Acomodar a gestante/parturiente na posição que ela escolheu, se posição não vertical, deverá ficar discretamente lateralizada para a esquerda para evitar a síndrome da hipotensão supina;
- o Palpar o abdome e colocar o transdutor "toco" no fundo uterino sem gel e o transdutor "cárdio" dever ser colocado sobre o dorso fetal com uma pequena camada de gel.
- o Adequar as faixas de contensão sem apertar a ponto de causar desconforto na gestante/parturiente e nem deixar muito frouxo a ponto de deslocar o transdutor.
- o Calibrar a pressão do transdutor "toco" para 10 mmHg ou 10% conforme o tipo do equipamento
- o Fornecer à gestante/parturiente o Marcador de Eventos e orientá-la a apertar quando sentir o movimento do feto, na ausência do marcador, qualquer evento que possa alterar a frequência cardíaca fetal deve ser anotada.
- o Ajustar linha de base do toco a 20 mm Hg (quando esse ajuste não for automático);
- o Observar o display e manter o transdutor na posição que corresponda ao sinal verde (o display mostra a qualidade do sinal dos batimentos cardíacos fetais, através das cores verde e laranja);
- o Liberar o traçado na velocidade de 1 cm por minuto para constatar linha de base da BCF e atividade uterina;
- o Após 20 minutos (ou mais, se necessário), verificar o traçado e desligar o aparelho;
- o Retirar o papel termosensível com o registro realizado na área do picote;
- o Retirar os cintos dos transdutores;
- o Remover o gel do abdome da gestante/parturiente com papel toalha;
- o Lavar as mãos;
- o Preencher os dados (nome da gestante/parturiente, data e horário da realização do exame) na lateral do papel.

Conduta

Categoria I	Categoria II	Categoria III
-BCF basal: 110 – 160bpm	- BCF basal:	- Variabilidade ausente

<p>-Variabilidade: moderada: 6-25 bpm</p> <p>-Desaceleração tardia ou variável: ausente</p> <p>-Desaceleração precoce: ausente ou presente</p> <p>-Aceleração: presente ou ausente</p>	<p>°Bradycardia não acompanhada de variabilidade ausente.</p> <p>°Taquicardia.</p> <p>- Variabilidade:</p> <p>° Mínima, °Ausente (não acompanhada por desaceleração recorrente),</p> <p>° Acentuada.</p> <p>- Aceleração: ausente ou induzida após estimulação fetal.</p> <p>- Desaceleração periódica ou episódica:</p> <p>° Desaceleração variável recorrente acompanhada por variabilidade moderada ou mínima.</p> <p>° Desaceleração prolongada.</p> <p>° Desaceleração tardia recorrente com variabilidade moderada.</p> <p>° Desaceleração variável com outras características: como retorno lento a linha de base ou "ombros"ou overshots.</p>	<p>acompanhada de pelo menos duas situações abaixo:</p> <p>°Desaceleração tardia recorrente</p> <p>° Desaceleração variável recorrente,</p> <p>° Bradycardia,</p> <p>- Padrão sinusoidal.</p>
<p>Indicado parto na Casa de Parto</p>	<p>Requer cuidados conforme avaliação obstétrica (Vide protocolos)</p> <p>se não houver melhora, transferir para unidade de referência</p>	<p>Contra indica o parto na Casa de Parto</p> <p>- Transferência para unidade de referencia</p>
<p>5- Recomendações</p> <p>- Explicar para a gestante/parturiente que é um exame indolor e a finalidade do exame;</p> <p>- Orientar a alimentar-se de 1 a 3 horas antes do exame- (oferecer alimento ou líquido se necessário, antes da realização do exame);</p> <p>- Em casos de tabagistas, não fumar pelo menos 2 horas antes do exame.</p> <p>- É importante que o examinador permaneça ao lado da gestante/parturiente, a fim de marcar eventos importantes.</p>		

- Após a realização do exame, o profissional deve escrever:

- o Data e horário do exame
- o Posição da gestante/parturiente
- o Se a gestante/parturiente se encontrava em jejum, recebeu dieta ou glicose.
- o Se houve estímulo mecânico e/ou mudança de posição durante o exame.

- O traçado da cartiotocografia deverá ser descrito no prontuário da gestante/parturiente.

- Jamais leve em conta apenas o registro, e sim, toda a clínica da gestante/parturiente (antecedentes obstétricos, quadro clínico, partograma, etc) para interpretação, avaliação e planejamento de conduta.

6 – Referências

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *ObstetGynecol.* 2009;114(1):192-202. Disponível em: http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2009/07000/ACOG_Practice_Bulletin_No__106__Intrapartum_Fetal.51.aspx

Melo ASO, Souza ASR, Amorim MMR. Avaliação Biofísica complementar da vitalidade fetal. (Additional biophysical evaluation of fetal surveillance). *FEBRASGO. Femina*, 2011;39(6):303-12.

Enkin M et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

6- CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstétrica/ obstetriz

Executantes:

Enfermeira (o) Obstétrica/ obstetriz

1 - Definição

É o ato de colocar um *clamp* na região proximal do cordão umbilical do recém-nascido e seccionar o mesmo.

2 - Resultados esperados

Separação entre bebê e placenta de forma correta e segura

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- *Clamp* umbilical,
- Tesoura estéril,
- Pinças hemostáticas (Kelly ou Kocher);
- Álcool 70%;
- Gazes.
- Luva de procedimento

4 – Descrição

- Avaliar o momento oportuno para a realização do procedimento, vide considerações;
- Posicionar o recém-nascido (RN) sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta por, no mínimo, até o cordão umbilical parar de pulsar (aproximadamente 3 a 10 minutos após o nascimento);
- Laquear o cordão a uma distância de 2 centímetros do anel umbilical com o *clamp*;
- Segurar firmemente o *clamp* com a mão dominante, realizar a ordenha do cordão umbilical no sentido materno com a mão não dominante até aproximadamente 15 cm;
- Pinçar o cordão umbilical cerca de 5 centímetros após o *clamp*;
- Seccionar o cordão entre o *clamp* e a pinça com a tesoura estéril;
- O RN poderá ser mantido sobre o abdome materno, usando o corpo da mãe como fonte de calor;
- Verificar a presença de uma veia e duas artérias no cordão;
- Limpar a ponta do cordão voltada para o *clamp* com uma gaze embebida em álcool 70%.



Fonte: Arquivo Casa Angela

5 - Recomendações

Será oferecida ao acompanhante a possibilidade de seccionar o cordão para os recém-nascidos que apresentarem boa vitalidade, após parar de pulsar.

Em situação que o bebê precise de reanimação, o clampeamento deverá ser feito pela equipe e com distância de 5cm ou mais.

O RN permanecerá em contato pele a pele com a mãe, a enfermeira avaliará o melhor momento para realização dos primeiros cuidados.

6 – REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Urasaki MBM. Procedimentos técnicos em centro obstétrico e centro de parto normal. São Paulo: Martinari, 2012.

7- DIU - INSERÇÃO

Responsáveis:

Enfermeira (o) , Enfermeira (o) Obstetra/ obstetriz

Executantes:

Enfermeira (o), Enfermeira (o) Obstetra/ obstetriz

1 - Resultados esperados

Inserção do DIU de acordo com o preconizado, garantido assim a segurança da usuária.

2 - Materiais/ equipamentos necessários

Luvas de procedimento

Óculos de proteção

Máscara descartável

Avental

Foco de luz

DIU de cobre

Luva estéril

Gaze

Pinça Cheron

Histerômetro descartável

Tesoura

Espéculo

Pinça Pozzi

Solução anti-séptica – Clorexedine aquosa 0,2%

Teste rápido de gravidez

3 – Descrição

Aconselhamento pré-inserção

- Orientar usuária sobre os métodos contraceptivos disponíveis;
- Confirmar desejo da inserção de DIU como método contraceptivo;
- Explicar detalhadamente e esclarecer dúvidas quanto ao método;
- Esclarecer à mulher que é frequente a ocorrência de cólicas, menstruação volumosa e um pouco de secreção vaginal após a inserção do DIU;
- Solicitar assinatura do Termo de Consentimento Informado às Usuárias de DIU (02 vias); sendo uma via da usuária e outra arquivar em prontuário (Anexo 1);
- Solicitar o preenchimento da ficha de autopreenchimento (Anexo 2);
- Pode-se dar Ibuprofeno 600 mg ou Diclofenaco de sódio 50 mg 30 minutos antes da inserção para ajudar a reduzir as cólicas e a dor.

Anamnese

- Colher história clínica e obstétrica da mulher, especialmente sobre último parto, características do ciclo menstrual, histórico de infecção pélvica, aborto infectado ou infecção puerperal. Avaliar o risco individual de cada mulher para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) orientando o uso de camisinha.
- Investigar as condições que contra indiquem o uso do DIU, aplicando quadro com critérios de elegibilidade e classificando a categoria que a mulher se enquadra (vide protocolo DIU);
- Inserir o DIU somente para usuárias que se enquadrarem nas categorias 1 e 2. Categorias 3 e 4 encaminhar para avaliação médica
- Questionar sobre a data da última menstruação e realizar teste rápido de gravidez (BHCG), caso resultado de BHCG positivo iniciar pré-natal conforme rotina pre-estabelecida;
- Caso não esteja usando nenhum método contraceptivo e não apresente atraso menstrual, solicitar exame de sangue BHCG ou aguardar atraso menstrual de pelo menos 15 dias para realizar teste rápido de gravidez (urina).
- Caso resultado BHCG negativo realizar exame físico geral e ginecológico.
- Oferecer teste rápido de sífilis, HIV e hepatite, se disponível;

Exame pélvico

- Inspeccionar vulva e canal vaginal, na presença de verrugas ou úlceras não inserir o DIU e realizar encaminhamento para investigação de IST.

Toque vaginal bimanual:

- Determinar o tamanho, posição, consistência e mobilidade do útero e identificar pontos dolorosos que possam indicar a existência de uma infecção; verificar posição e tamanho do útero, afim de descartar anormalidades anatômicas que impeça a correta inserção do DIU; atentar para a mobilidade cervical, questionando à mulher sobre dor em região abdominal e notar se existe sensibilidade nos anexos (ovário e trompas). Na presença de algum desses sinais não prosseguir com a inserção do DIU devido a possibilidade de Doença Inflamatória Pélvica

(DIP).

Exame especular:

- Visualizar colo do útero, avaliando leucorréia a vulvo-vaginite e presença de sinais inflamatórios como hiperemia e sangramento, na presença de secreção purulenta ou cervicite o DIU está contra-indicado no momento devido a possibilidade de IST ou DIP.
- Tratar vaginoses diagnosticadas no exame especular ou encaminhar para consulta médica, agendar a inserção de DIU após tratamento e reavaliação;
- Confirmar última coleta de Papanicolaou, realizar a coleta se indicado;
- Realizar inserção de DIU se indicado ou agendar retorno para realização do procedimento;
- Caso não haja indicação para uso do DIU indicar outro método contraceptivo;
- Incentivar a mulher a adotar a dupla proteção, ou seja, o uso do preservativo masculino ou feminino associado ao uso de DIU.

INSERÇÃO

- Lavar as mãos;
- Usar EPIs indicado;
- Solicitar que a usuária retire a parte de baixo, esvazie a bexiga e oferecer avental
- Colocar a usuária em posição ginecológica;
- Orientar exercícios respiratórios para relaxamento. Orientar também sobre cada passo da inserção para diminuir ansiedade.
- Realizar exame pélvico bimanual que determinará o tamanho, posição, consistência e mobilidade do útero e buscando identificar pontos dolorosos que possam indicar a existência de infecção;
- Introduzir o espéculo e realizar assepsia com clorexidina solução aquosa à 0,2%;
- Visualizar a cérvix uterina;
- Até este momento pode ser utilizada uma luva de procedimento, a partir de então, colocar luva estéril;
- Pinçar o lábio anterior do colo com pozzi, se o útero for retrovertido pinçar o lábio posterior do colo (não é necessário travar todos os dentes da pinça de Pozzi, somente o primeiro);
- Realizar uma ligeira tração para retificar o canal cervical;
- Introduzir o histerômetro através do canal cervical até o fundo da cavidade uterina para medir a profundidade e confirmar a direção do útero;
- Abrir o invólucro estéril completamente;
- Carregar o dispositivo no tubo de inserção sem tirar o DIU do pacote estéril;
- Não dobrar os braços do DIU por mais de 5 minutos antes de sua introdução no útero;
- Não dobrar os braços do DIU no sentido contrário;
- Ajustar o guia azul de modo que indique a profundidade na qual o DIU será inserido, de acordo com a histerometria aferida;
- Adotar uma técnica cuidadosa e lenta durante todas as fases da histerometria e inserção, isso reduz o desconforto para a mulher e minimiza as chances de perfuração uterina, laceração do colo do útero e outras complicações. Durante a inserção mantenha as hastes do DIU na posição horizontal;
- Inserir o dispositivo de inserção carregado através do canal cervical;
- Empurrar delicadamente o insertor para o fundo do útero, até o anel de medição encostar-se à cérvix;

- Segurar o êmbolo e retrainr o tubo de inserção para liberar os braços do DIU, aguardar 10 segundos para que as hastes do DIU se abram complementamente;
- Mover o tubo de inserção suavemente para cima, até que sentir a resistência do fundo do útero;
- Retirar o êmbolo segurando o tubo de inserção fixo;
- Retirar o tubo de inserção;
- Cortar os fios deixando aproximadamente 2 cm visíveis para fora da cérvix;
- Mostrar para a mulher quanto do fio ficou para fora do orifício do colo com a ajuda de um espelho. Ela deve ser orientada que pode tocar eventualmente o próprio colo para avaliar o tamanho do fio do DIU que ficou para fora do orifício;
- Limpar o excesso de secreção e retirar a pinça pozzi e o espécuro;
- Retirar a usuária da posição ginecológica.

PÓS INSERÇÃO

- Agendar retorno em 30 a 45 dias.
- Após inserção orientar usuária a procurar o serviço de saúde nas seguintes situações: ausência de menstruação; exposição à doença sexualmente transmissível; dor intensa no baixo ventre; sangramento volumoso; sensação de objeto de consistência dura na vagina ou no colo do útero ou em caso de dúvidas
- Na ocorrência de coito desprotegido, recomendar a anticoncepção de emergência, antes do 30 dias pós inserção;
- Orientar usuária a observar sinais de infecção como febre, calafrios, dor pélvica;
- Orientar a abstinência sexual por uma semana;
- Realizar controle do posicionamento do DIU por meio do exame especular, acompanhando o tamanho do fio (2 cm). Caso haja alteração do tamanho do fio ou não visualização, realizar controle ecográfico (ultrassom transvaginal)².
- Orientar que qualquer intercorrência deve ser assistida pelo profissional que lhe prestou o atendimento;
- Orientar sobre a possibilidade de cólica durante um ou dois dias após a inserção; secreção vaginal durante algumas semanas após a inserção, que é normal; sangramento menstrual mais volumoso.
- Preencher devidamente o cartão de controle do DIU, entregar à via da usuária e anexar no prontuário à segunda via;
- Anotar em prontuário o procedimento realizado e intercorrências quando houver
- Seguir rotina de acompanhamento.

6 – REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1ª ed., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.26).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Optima DIU TCu 380A. Instruções de uso. Responsável Técnico Celina da Cunha, São Paulo: Injeflex Ind e Com LTDA. 2016.

Anexos



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Eu, _____, RG: _____,

residente à rua _____, telefone _____,

manifesto meu desejo de usar como método anticoncepcional o dispositivo intrauterino (DIU), depois de ter sido orientada sobre os demais métodos anticoncepcionais para o meu caso.

Declaro que recebi as seguintes informações:

O DIU é um pequeno objeto plástico que será colocado dentro do útero, por profissional habilitado, podendo ser retirado a qualquer momento, se houver necessidade ou se for meu desejo retirá-lo.

Como qualquer outro método anticoncepcional, mesmo quando bem indicado e bem colocado, pode apresentar falhas. Cinco a oito mulheres em cada mil engravidam usando DIU no primeiro ano. Este número diminui ao longo do tempo.

Como qualquer procedimento, a colocação do DIU não é livre de riscos. Pode ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, hemorragia ou infecções. Se, no momento da colocação, surgir algum imprevisto, o procedimento será suspenso, visando garantir minha saúde e bem estar.

Mulheres que usam DIU podem ter alteração no ciclo menstrual e cólicas. Esses sintomas são mais comuns nos primeiros três meses e diminuem ou desaparecem com o passar do tempo.

Para diminuir a possibilidade de complicações e aumentar a eficácia do método, é muito importante que sejam seguidas as informações fornecidas pelo profissional de saúde, bem como as revisões periódicas programadas. Se aparecerem sintomas que possam indicar problemas com o DIU, como hemorragias, dor intensa, corrimento vaginal amarelado ou febre sem explicação, devo me dirigir à unidade onde meu DIU foi colocado.

Declaro, ainda, que recebi a orientação de que o DIU funciona apenas como anticoncepcional e não serve para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, tendo sido orientada de com preveni-las.

Entendi as informações que me foram fornecidas em linguagem clara e simples e tive todas as minhas dúvidas esclarecidas. Recebi o cartão da paciente onde constam informações sobre o tipo do meu DIU, quando devo fazer a próxima revisão e quando devo trocá-lo.

Assinatura e carimbo do profissional que prestou as informações: _____

Assinatura e carimbo do profissional que colocou o DIU _____

Assinatura da paciente _____

São Paulo, ____ de _____ de 20__

DATA: ___/___/___

NOME: _____ Idade: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: _____ UBS: _____



Quantos dias dura o seu sangramento? _____
Quanto tempo entre uma menstruação e outra? _____
O volume do sangramento é () pequeno () médio/moderado () intenso?
Você costuma ter cólicas () ausentes () fracas () moderadas () intensas?
Qual foi a data da sua última menstruação (DUM)? _____

Existe alguma chance de você estar grávida? [] Não [] Sim
Você já teve filhos? [] Não [] Sim. Quantos? _____
Quando foi seu último Parto? _____ Foi: vaginal () cesárea (). Já teve algum aborto? [] Não [] Sim. Precisou de curetagem [] Não [] Sim. Quando? _____

Você usa algum método contraceptivo? [] Sim [] Não

Qual?

[] Camisinha [] Sim [] Não. Com que frequência? [] Sempre [] Às vezes [] Nunca
[] Tabela [] Sim [] Não. Com que frequência? [] Sempre [] Às vezes [] Nunca
[] Coito interrompido [] Sim [] Não. Com que frequência? [] Sempre [] Às vezes [] Nunca
[] Diafragma [] Sim [] Não. Costuma esquecer? Com que frequência? [] Sempre [] Às vezes
[] Pílula [] Sim [] Não. Costuma esquecer? Com que frequência? [] Sempre [] Às vezes
[] Injeção [] Sim [] Não. Costuma esquecer? Com que frequência? [] Sempre [] Às vezes

Você já utilizou o DIU como método contraceptivo antes? [] Sim [] Não Quando? _____ Por qual motivo deixou de usar? _____

Por que você quer por o DIU? _____

Você já fez o exame de Papanicolaou? [] Sim [] Não. Em que ano? _____ Estava normal? [] Sim [] Não

VOCÊ TEM ALGUMA DESSES SINTOMAS OU ALTERAÇÃO DE SAÚDE?

Teve ou tem alguma Infecção sexualmente transmissível? [] Não [] Sim. Quais? [] Gonorréia [] Sífilis [] Herpes
[] Trichomonas [] HIV [] Chlamídia [] HPV [] Outras: _____
Você já fez algum tipo de cirurgia pélvica/uterina? [] Não [] Sim. Quando? _____ Que tipo de cirurgia? _____
Você tem alergia ao cobre ou a algum medicamento? [] Não [] Sim. Qual? _____
Você está com anemia? [] Não [] Sim
Você tem/teve mioma? [] Não [] Sim
Você tem/teve endometriose [] Não [] Sim
Você já tem ou teve Câncer de Colo do Útero ou de Útero? [] Não [] Sim
Você tem algum tipo de problema de coagulação/ alteração no sangue? [] Não [] Sim
Você tem algum tipo de má-formação no útero? [] Não [] Sim. Qual? _____

Você já foi acompanhada na Casa Angela? [] Não [] Sim

Como ficou sabendo da inserção do DIU aqui na Casa

Angela? _____

Assinatura: _____

8- DIU - INSERÇÃO PÓS-PARTO

RESPONSÁVEIS

Enfermeira (o) / Enfermeira (o) Obstetra/ Obstetriz

EXECUTANTES

Enfermeira (o) / Enfermeira (o) Obstetra/ Obstetriz e Técnica de Enfermagem

1 – RESULTADOS ESPERADOS

Inserção do DIU no pós-parto imediato de acordo com o preconizado, garantido assim a segurança da usuária.

2 – MATERIAIS/ EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS

Óculos de proteção

Máscara descartável

Avental

Foco de luz

DIU de cobre

Luva estéril

Gaze

Pinça Cheron

Solução anti-séptica – Clorexedine aquosa 0,2%

02 Pinças Delee

Válvula de Doyan

3 – DESCRIÇÃO: A inserção pós-parto do dispositivo intrauterino (DIU) é uma opção segura e

eficaz para a contracepção pós-parto.

Critérios de Inclusão:

- Desejo de utilização do DIU de cobre como método anticoncepcional;
- Solicitar assinatura do Termo de Consentimento Informado às Usuárias de DIU (02 vias); sendo uma via da usuária e outra arquivar em prontuário (Anexo 1);

Critérios de Exclusão:

- História de Infecções sexualmente transmissíveis (IST 's) adquiridas durante a gravidez;
- Infecção intrauterina recente ou ativa;

Após a inclusão, pacientes devem ser excluídas se:

- Apresentarem febre (temperatura superior a 37.8 graus) durante o trabalho de parto;
- Apresentarem Hemorragia pós-parto;
- Apresentarem hipotonia ou atonia uterina pós dequitação;
- Rotura das membranas ovulares durante mais de 24 horas antes do parto;

4 -INSERÇÃO

Aconselhamento pré-inserção:

As opções de planejamento familiar pós-parto devem ser discutidas durante o pré-natal na Casa Angela, para que todas as dúvidas e informações sejam esclarecidas antes do parto. Antes de realizar o procedimento deve-se:

- 1- Certificar-se dos resultados do teste rápido de sífilis, HIV realizados na internação;
- 2- Confirmar desejo da inserção de DIU como método contraceptivo;
- 3- Explicar detalhadamente e esclarecer dúvidas quanto ao método;
- 4- Esclarecer à mulher que a taxa de expulsão do DIU no pós-parto de 12%;

A inserção deverá ser realizada com auxílio de um profissional circulante à sala para abertura dos materiais garantindo a técnica estéril ao procedimento.

- 5- Logo após o desprendimento fetal, administrar ocitocina 10 UI intramuscular e estimular/manter o contato pele a pele entre mãe e bebê e o aleitamento materno
- 6- Após a dequitação placentária, retirada de coágulos e verificação da presença do globo de segurança de Pinard, preparar a inserção do DIU.
- 7- Lavar as mãos;
- 8- Calçar luvas estéreis;
- 9- Realizar antisepsia com clorexidina solução aquosa à 0,2%;
- 10- Retirar DIU do tubo insertor. Apreender DIU com pinça DeLee com cuidado para não danificar o cobre. O DIU deve estar nivelado com a extremidade da ponta da pinça. **IMPORTANTE:** os fios devem ficar retos e longe do eixo da pinça para evitar que se enrolem durante a retirada da pinça DeLee quando for removida do útero;
- 11- Usando uma mão ou a válvula de Doyan, visualizar o lábio anterior do colo do útero;

- 12- Apreender delicadamente o lábio anterior do colo com a outra pinça DeLee;
- 13- Tracionar delicadamente o colo do útero e, sob visão direta, introduzir o DIU fixo na pinça DeLee.
- 14- Soltar a mão que estava tracionando o colo e posicioná-la no fundo do útero para sua estabilização;
- 15- Avançar o DIU ao fundo do útero ao mesmo tempo que confirma o posicionamento fúndico com a mão abdominal quanto a mão de inserção;
- 16- Soltar o DIU da pinça com maior amplitude possível do instrumento;
- 17- Girar a pinça cerca de 45 graus e move-la lateralmente no útero para evitar encostar no DIU e removê-lo.
- 18- Manter o fio do DIU íntegro. Este deverá ser adequadamente cortado na consulta de retorno para revisão.
- 19- Informar à mulher que o procedimento foi realizado e que deve continuar com o acompanhamento pós-parto.
- 20- Assegurar que a mulher receba as instruções adequadas sobre o dispositivo e descrever o procedimento no prontuário da paciente.

O DIU também poderá ser inserido com a mão (sem aplicador) até o fundo do útero, semelhantemente à realização de uma curagem. Os ramos horizontais devem estar no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero.

5- PÓS INSERÇÃO

- Agendar retorno em 30 a 40 dias.
- Após inserção orientar usuária a procurar o serviço de saúde nas seguintes situações: exposição à Infecção sexualmente transmissível; dor intensa no baixo ventre; sensação de objeto de consistência dura na vagina ou no colo do útero ou em caso de dúvidas;
- Orientar usuária a observar sinais de infecção como febre, calafrios, dor pélvica e secreção com odor fétido;
- Orientar a abstinência sexual até o retorno entre 30 e 40 dias de pós-parto;
- Preencher devidamente o cartão de controle do DIU, entregar à via da usuária e anexar no prontuário à segunda via;
- Anotar em prontuário o procedimento realizado e intercorrências quando houver
- Seguir rotina de acompanhamento.

Desta forma o fio do DIU não deverá ser visto à inspeção do colo uterino após o término da inserção. Caso seja visualizado, significa que a inserção ficou baixa e, portanto, não inserido adequadamente. Pode-se tentar novamente inserir o DIU no fundo uterino. Os fios aparecem gradativamente pelo orifício externo à medida que ocorre a involução uterina.

Aconselhamento pós-inserção:

Antes da alta, a paciente deve ser instruída sobre efeitos colaterais, possíveis complicações e sinais de alerta. Ela deve ser esclarecida a reconhecer sinais de expulsão do DIU e retornar para reinserção ou um método contraceptivo alternativo ambulatorialmente. Ela também deve ser informada de que dentro de algumas semanas, os fios do DIU podem sobressair através do introito, e os mesmos serão aparados na consulta de retorno.

Agendar consulta de retorno entre o 30º ao 45º dia (fim do puerpério tardio) para secção do fio ou encaminhar para o retorno na unidade básica onde foi realizado o pré-natal. O fio deve ser cortado 3 cm abaixo do orifício externo do colo do útero.

6 – Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1ª ed., 1ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.26).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

Optima DIU TCu 380A. Instruções de uso. Responsável Técnico Celina da Cunha, São Paulo: Injeflex Ind e Com LTDA. 2016.

São Bernardo do Campo. Complexo Hospitalar Municipal São Bernardo do Campo. Protocolo para inserção de dispositivo intra- uterino tcu380a no pós parto imediato. São Bernardo do Campo, 2016. Disponível em: <http://liao.com.br/wp-content/uploads/2017/04/diu-posparto-sbcampo.pdf>

9- DIU – RETIRADA

Responsáveis:

Enfermeira (o), Enfermeira (o) Obstetra/ obstetriz

Executantes:

Enfermeira (o), Enfermeira (o) Obstetra/ obstetriz

1 - Resultados esperados

Retirada de DIU de forma segura para a usuária.

2 - Materiais/ equipamentos necessários

Água e sabão

Luvas de procedimentos

Clorexidina solução aquosa à 0,2

Espéculo P, M ou G

Citoescova cervical de esfregaço de Papanicolaou

Pinça de Kelly longa ou Cherron esterilizada

DIU de cobre

3 – Descrição

Indicação: vencimento, expulsão parcial, DIU Infra posicionado, não adaptação da mulher ao método ou indicação clínica, tais como: gravidez, doença inflamatória, sangramento vaginal anormal e volumoso, perfuração do útero, após um ano da menopausa.

Contra Indicação: gravidez no segundo trimestre.

Momento ideal: A remoção pode ser feita em qualquer momento do ciclo menstrual, embora possa ser um pouco mais fácil durante a menstruação, quando o canal cervical está dilatado.

- Atender usuária em consulta agendada ou encaixe, confirmando identificação: nome completo e data de nascimento;
- Verificar motivo da remoção do DIU
- Nos casos de remoção por motivo de gravidez, encaminhar usuária para avaliação do GO de referência;
- Nos casos de remoção por intercorrência, o procedimento deverá ser realizado pelo médico de referência;
- Explicar o procedimento para usuária;
- Lavar as mãos e utilizar luvas de procedimentos;
- Colocar a usuária em posição ginecológica;
- Introduzir o espéculo e realizar assepsia com clorexidina solução aquosa à 0,2%;
- Visualizar a cérvix uterina e identificar os fios do dispositivo;
- Fios visíveis, continuar com a retirada;
- Fios não visíveis: introduzir uma citoescova cervical de esfregaço de Papanicolaou no canal endocervical, realizando movimento giratório e tracioná-la delicadamente, verificar se os fios são visualizados, permanecendo ausência do fio, solicitar USG para verificar posicionamento do DIU;
- Utilizar uma pinça de Kelly longa ou Cheron para remoção do dispositivo tracionando os fios conjuntamente e suavemente².
- Retirar o espéculo;
- Retirar a usuária da posição ginecológica;
- Orientar sobre método contraceptivo e dupla proteção, caso a retirada seja por vencimento outro DIU pode ser inserido.

4 – Recomendações

Nos casos de intercorrências encaminhar a usuária para avaliação médica e se necessário para o Hospital de Referência, preenchendo impresso de referência-contrarreferência.

5 – Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica.

Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

10- Exame Físico do Recém-nascido

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetrix

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetrix

1 - Definição

É o exame físico completo do recém-nascido no sentido céfalo-podálico.

2 - Resultados esperados

Deteção de qualquer alteração que o RN possa apresentar.

3 - Materiais / equipamentos necessários

Aquecedor

Campos aquecidos

Berço aquecido;

Fita métrica;

Estetoscópio Neonatal;

Álcool 70%;

Lanterna de luz fraca;

Régua neonatal;

Relógio de pulso com ponteiro de segundos;

Luvas de procedimento.

4 – Descrição

Antes do parto:

- Separar campos para a recepção do recém-nascido, deixando-os aquecer sob a fonte de calor radiante;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento.

Após o parto:

- O bebê com boa vitalidade ao nascimento fica em contato pele-a-pele e a amamentação na primeira hora de vida é incentivada. Posteriormente realizar o exame físico do recém-nascido, em direção céfalo-podálico.

PELE: observar se existe a presença de alterações como a palidez,

cianose, icterícia, eritema tóxico, milium sebáceo, hemangioma capilar, edemas, hematomas, petéquias, equimoses, máscara cianótica ou bolhas generalizadas ou em regiões palmo-plantares;

CABEÇA: observar a morfologia craniana, bem como a presença ou não de

bossa serossanguínea, cefalohematoma e alterações ósseas. Deve-se atentar para a forma e tamanho das fontanelas e suturas craninas.

Medir perímetro cefálico com a fita métrica previamente limpa.

OLHOS: observar sobrancelhas, cílios, movimentos palpebrais, edema, direção da comissura palpebral, afastamento de pálpebras e epicanto, além de alterações como hemorragias conjuntivais ou secreções purulentas.

ORELHAS: observar a forma, tamanho, simetria, implantação e papilomas pré-auriculares;

NARIZ: atentar para a forma; permeabilidade de coanas, mediante a oclusão da boca e de cada narina separadamente e a presença de secreção serossanguinolenta;

BOCA: verificar a presença ou não das aftas de Bednar, formação do palato, fenda palatina, fissura labial, desvio da comissura labial, hipoplasia, posição da mandíbula, além de visualizar a úvula e avaliar tamanho da língua e freio lingual, também com a ajuda da lanterna pequena, quando necessário;

PESCOÇO: palpar a região buscando detectar a presença de bócio, fístulas, cistos e restos de arcos branquiais, hematoma de esternocleidomastóideo, pele redundante ou pterigium coli. Também se deve palpar ambas as clavículas para descartar a presença de fratura, explorando a mobilidade e o tônus;

TÓRAX: verificar simetria da caixa torácica, bem como simetria e número de mamilos, observando a presença de engurgitamento das mamas e/ou presença de leite.

Medir perímetro torácico à altura dos mamilos;

PULMÕES: observar que a respiração normal deve ser predominantemente abdominal. Medir frequência respiratória média e proceder com a ausculta pulmonar do RN;

CARDIOVASCULAR: **Medir a frequência cardíaca** do RN, bem como analisar a intensidade dos batimentos e a presença de sopros. Palpar pulsos femurais e radiais;

ABDÔMEN: proceder com a **INSPEÇÃO**, observando distensões abdominais, abdômen escavado, agenesia de musculatura abdominal, extrofia de bexiga e hérnia inguinal e umbilical. Identificar no cordão umbilical duas artérias e uma veia e a presença de onfalocele.

Proceder com a **PALPAÇÃO**, procurando por massas abdominais.

Medir o perímetro abdominal com a fita métrica à altura do coto umbilical.

Visualizar o orifício anal e avaliar possíveis alterações da morfologia.

GENITÁLIA: Masculina: palpar a bolsa escrotal verificando a presença ou ausência dos testículos, além de observar a presença de hidrocele ou fimose.

Observar a localização do meato urinário (epispádia, hipospádia); **Feminina:** observar tamanho e formato dos pequenos lábios e clitóris, bem como a presença de secreção esbranquiçada ou hemorrágica. Pesquisar imperfuração himenal, hidrocolpos ou aderência de pequenos lábios;

EXTREMIDADES: observar presença de malformações como polidactilia, sindactilia ou malformações ungueais. Verificar o bom estado das articulações coxo-femorais; manobra de ortolani. Verificar sinais de paresia ou paralisia braquial. Pé torto congênito.

COLUNA VERTEBRAL: examinar a coluna, principalmente na região sacrolombar, procurando por alterações como cisto pilonidal ou mielomeningocele.

Medir o comprimento do RN.

- Proceder com o início do **EXAME NEUROLÓGICO**, observando atentamente a presença dos seguintes reflexos do RN:
 1. Reflexo de Busca: Estimular a bochecha, boca ou lábios do RN com as mãos. A cabeça vira em direção ao estímulo, a boca se abre e a língua se projeta para fora;
 2. Reflexo Tônico do pescoço: Coloca-se o RN deitado de costas e ele vira a cabeça de lado, ou seja, o braço do lado do Occipício se estende, enquanto o outro é flexionado em direção a boca;
 3. Reflexo de Babinski e Preensão: Colocar um dedo na palma da mão do RN, a mão dele se fecha com firmeza ao redor da sua mão. Pressionar levemente a sola do pé do bebê e os dedos dele se dobrarão para baixo. Acariciar a lateral da sola faz com que os dedos se abram e o dedão se estenda para cima;
 4. Reflexo de Caminhar: Segurar o bebê em pé e pressionar a sola de um pé por vez em uma superfície firme. Ele curva as pernas alternadamente como se estivesse andando;
 5. Reflexo de Moro: Em um reflexo de proteção, o bebê chora ao ouvir um barulho alto ou ao sentir um movimento brusco, esticando os braços, as pernas, e em seguida, ele junta os braços, como em um abraço, e volta a flexionar as pernas;
 6. Reflexo de Mão na Boca: Acariciar, com a mão, a bochecha ou a palma da mão do bebê. A boca do bebê faz a busca e depois que encontra a mão que o acaricia, o bebê pode chupá-la por vários minutos;
- Oferecer se os pais querem vestir o RN ou voltar para o contato pele a pele;
- Retirar luvas e descartá-las;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotação no prontuário do RN sobre os achados do exame físico e neurológico, lembrando de marcar as medidas do Perímetro Cefálico, Torácico, Abdominal e do Comprimento.

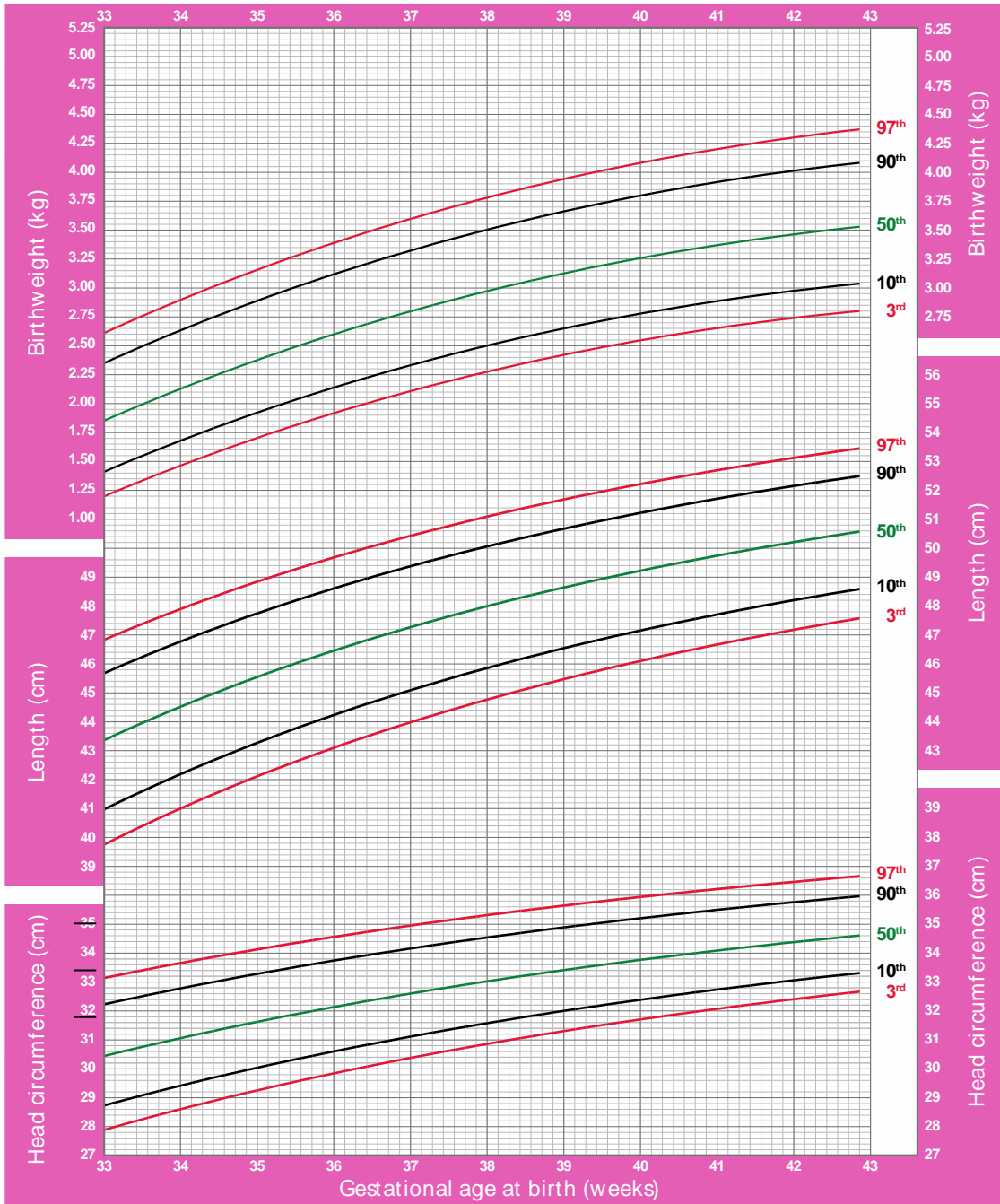


Fonte: Arquivo Casa Angela

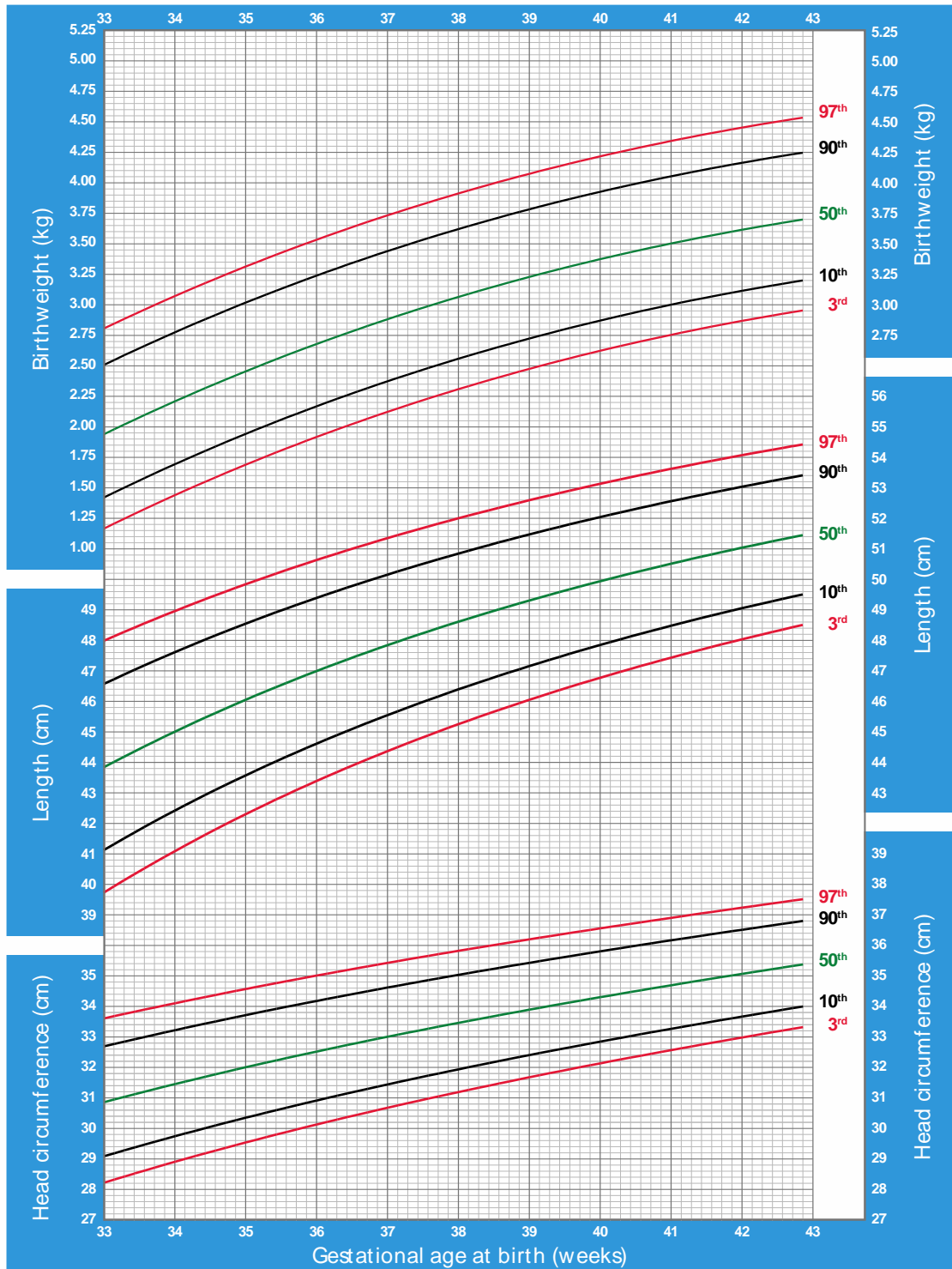
5 - Recomendações

- Não devemos pegar o bebê com a mão fria e nunca fazer movimentos rápidos. Durante esse processo é de extrema importância olhar nos olhos do bebê, explicar com calma e voz suave tudo o que será realizado.
- Atenção a sinais de Síndrome Genética (prega palmar única, implantação baixa de orelha, hipertelorismo).
- Atentar para perímetro cefálico conforme risco epidemiológico de microcefalia (vide tabela abaixo). Se o perímetro cefálico (PC) estiver abaixo de 2dp, é considerado microcefalia e deve ser apontado na declaração de nascido vivo (DNV) e notificado segundo norma da SUVIS local; Ao colocar a medida do PC no gráfico, deve-se verificar qual o percentil do peso e da estatura segundo idade gestacional (conforme pop de avaliação da idade gestacional e classificação do RN), pois RN pequenos para a idade gestacional - PIG e prematuros – tem crânio pequeno, proporcional à altura e peso.

International Standards for Size at Birth (Girls)



International Standards for Size at Birth (Boys)



6 – Referências

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. - Anvisa. Serviços de Atenção Materna e Neonatal: Segurança e Qualidade. Brasília: Anvisa, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.III Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamentode Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. Organização Pan-Americana da saúde. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Ignacio RKI. Criança querida. Aprendendo a andar, aprendendo a confiar. 2ª ed. Associação Comunitária Monte Azul. São Paulo, 2004.

11- EPISIOTOMIA

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra/obstetiz

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra/ obstetiz

1 - Definição

Incisão efetuada na região perineal antes do parto vaginal.

2 - Resultados esperados

Abreviar período expulsivo

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- o Lidocaina sem vasoconstritor à 2%
- o Agulha 30 x 7 e 40 X 12
- o Solução antisséptica tópica/aquosa
- o Campo estéril

- Luvas estéreis
- Seringa 20 ml
- Lâmina de bisturi nº 21, 22 ou 23
- Tesoura estéril

4 – Descrição

- Orientar e garantir o consentimento da parturiente sobre o procedimento que será realizado;
- Higienizar as mãos;
- Reunir todo o material necessário na bandeja;
- Calçar as luvas estéreis;
- Avaliar o períneo;
- Realizar antissepsia do local;
- Aspirar 20 ml de lidocaína com a seringa e a agulha 40x12, trocar a agulha pela 30x7;
- Introduzir a agulha com anestésico na linha media lateral direita entre a fúrcula e ânus;
- Aspirar o êmbolo da seringa antes da infiltração para assegurar que a agulha não está em um vaso sanguíneo;
- Infiltrar cerca de 5 ml de lidocaína, afastar a agulha prosseguindo com a infiltração até a pele, continuar fazendo um leque com o anestésico restante;
- Realizar incisão, após certificar que o anestésico esta agindo no local;
- Começar a incisão da fúrcula para o lado direito com o bisturi na pele, seguindo com um ângulo de 45° a 60° e posteriormente continuar com a tesoura para os demais tecidos;
- Realizar a incisão de preferência no ápice de uma contração (períneo distendido);
- Manter a proteção do períneo para não estender a episiotomia;
- Comprimir as bordas da incisão para evitar perdas sanguíneas, durante a espera pelo desprendimento fetal total.
- Proceder com a assistência ao parto.

5- Recomendações

A episiotomia médio lateral direita restritiva, só será realizada se houver necessidade e a critério após avaliação da Enfermeira (o) Obstetra/ obstetriz.

6 – REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017 2;(1):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.

Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev. enferm. UERJ, 2011; 19(1):77-83.

Urasaki MBM. Procedimentos técnicos em centro obstétrico e centro de parto normal. São Paulo: Martinari, 2012.

12- EPISIORRAFIA

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra/ obstetrix

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra/ obstetrix

1 - Definição

É a aproximação dos tecidos da região perineal, através de sutura.

2 - Resultados esperados

Fechamento de todos os tecidos envolvidos no corte da episiotomia para cicatrização sem intercorrências.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- Luva estéril
- Equipamento de Proteção Individual (EPI): Óculos, Touca, Máscara
- Instrumentais: Pinça anatômica, Kelly, Kocher, Porta agulha e Tesoura de Mayo
- Gaze
- Fio de sutura vicryl rapide e/ou kit obstétrico *catgut* simples

4 - Descrição

- Orientar a puérpera sobre o procedimento que será realizado;
- Trocar as luvas;
- Avaliar a episiotomia, por planos, mucosa vaginal, camadas musculares e pele;
- Se vicryl rapide utilizar mesmo fio e agulha para todos os planos
- Se Kit obstétrico catgut utilizar agulha media para a mucosa, agulha maior para músculo e agulha cortante ou cuticular para pele;
- Verificar a sensibilidade local e se necessário complementar a anestesia local por infiltração e aguardar seu efeito;
- A sutura poderá ser contínua ou contínua-modificada (mucosa e pele sutura continua, músculo sutura com pontos separados), de acordo com a avaliação do profissional.
- Iniciar a sutura um centímetro acima do ângulo superior da abertura na mucosa vaginal. Continuar os planos do musculo contínuos ou separados e pele contínuos;
- Após orientação e consentimento da puérpera realizar toque retal;
- Retirar as luvas;
- Avaliar as condições da puérpera;
- Higienizar as mãos;
- Realizar registro em prontuário.

5- Recomendações

- Fazer boa anti-sepsia antes e depois da sutura;
- No momento da limpeza não reutilizar a gaze, deve-se usar apenas uma vez cada lado da gaze, seguindo o sentido do mais limpo para mais sujo;
- Quanto menos fio e pontos melhor será a cicatrização;
- Observar queda dos pontos entre 7 e 10 dias (catgut) ou de 15 a 20 dias (vicryl);
- Não utilizar nenhum produto/medicamento tópico que não seja orientado pela enfermeira/obstetiz;
- Orientar a puérpera quanto a limpeza local.

6 – Referências

- Scarabotto, LB et. al. **Fatores relacionados ao trauma perineal em nulíparas.** Rev. Esc. Enf. USP. Vol. 40 nº 3. São Paulo. Setembro de 2006.

Urasaki MBM. Procedimentos técnicos em centro obstétrico e centro de parto normal. São Paulo: Martinari, 2012.

13- MANEJO DA DEQUITAÇÃO

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetriz

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetriz

1 - Definição

É o conjunto de técnicas utilizadas se a placenta não dequita de forma espontânea.

2 - Resultados esperados

- Dequitação completa da placenta

3 - Materiais/ equipamentos necessários

Gazes e/ ou compressas estéreis;

Luvas estéreis.

EPI

4 – Descrição**Ausência de Hemorragia pós parto:**

Após 30 minutos não ocorrendo dequitação, acionar ajuda e iniciar os seguintes procedimentos:

- o Explicar para mulher o que esta acontecendo e quais os procedimentos necessários
- o Realizar clampeamento do cordão umbilical;
- o Solicitar que a puérpera feche a mão e sobre como se estivesse enchendo uma bexiga;
- o Usar óleos– Sálvia esclarea, Jasmim e lavanda (ver protocolo práticas integrativas);
- o Realizar tração contínua e controlada e massagem em fundo uterino;
- o Oferecer chá estimulante (ver protocolo práticas integrativas);
- o Incentivar o esvaziamento vesical, se não obtiver sucesso e for necessário, realizar uma sondagem vesical de alívio;
- o Incentivar posições verticais e realização de agachamento;
- o Realização da técnica de rebozo (ver protocolo práticas integrativas);
- o Apoiar o fundo uterino com uma das mãos espalmada, apoiando o segmento inferior com o polegar, logo acima da sínfise pubiana;

- Manter tração controlada do cordão umbilical. Continuar atentando para os sinais de dequitação;
- Injetar na veia umbilical 20 UI de ocitocina diluída em 20 ml de solução salina no lado placentário do cordão clampeado;
- Observar/monitorar sangramento;
- Não pressionar o fundo uterino, apenas apoiá-lo de forma a sentir quando o cordão é tracionado (pressão controlada e contínua);
- Se a placenta não descer durante 30 a 40 segundos de tração controlada, sem nenhum sinal de deslocamento, suspender a tração;
- Segurar o cordão mantendo tensão, esperar nova contração e repetir tração controlada;
- Não aplicar a tração no cordão sem aplicar a contra tração suprapúbica com a outra mão.
- Na ausência da dequitação em um tempo máximo de uma hora, realizar a transferência para unidade de referência.



Fonte: Arquivo Casa Angela

Na presença de Hemorragia pós-parto:

Seguir protocolo de HPP.

5 – Recomendações

Caso haja dúvida quanto a integridade da placenta ou se confirme retenção uterina de restos placentários – realizar transferência para a unidade de referência.

6 – Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

American Academy of Family Physicians. ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) Provider Manual. 8ª ed. Tomahawk Creek Parkway Leawood, Kansas. 2017. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/aafp/2017-also-provider/ALSO-Provider-2017-Syllabus.pdf>

14- PARTO NA ÁGUA

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetriz

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetriz

1- Definição

A hidroterapia já é reconhecida como um importante método de alívio de dor. O parto na água, além de aliviar a dor, regula as contrações e promove relaxamento do corpo e dos tecidos perineais, já que aumenta a liberação natural de endorfinas, estimula a liberação de ocitocina endógena e reduz a secreção de catecolaminas. A água fornece segurança, ambiente tranquilo e fluabilidade, que auxilia na rotação espontânea do feto e facilita a mudança da posição da mulher, permitindo que ela encontre a posição que lhe pareça mais confortável. O parto na água também está associado a menor incidência de traumas perineais importantes e a menores índices de medicalizações e intervenções.

2- Resultados esperados

Relaxamento e conforto da parturiente, facilitar a mudança/escolha de posição, promover o parto fisiológico e minimizar intervenções.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- Termômetro para banheira
- Sonar a prova d'água (ou sonar comum, desde que não seja submerso)
- Toalhas e compressas aquecidas
- Piso antiderrapante
- EPI (luva apropriada, touca, máscara, óculos de proteção)

4 – Descrição

Critérios

- ✓ Escolha informada da mulher
- ✓ Ausência de complicações progressivas (como distócia de ombros e HPP)
- ✓ Atenção para grande múltipara

Exclusões:

- ✓ Opção da parturiente em não utilizar a banheira
- ✓ Líquido meconial
- ✓ Infusão intravenosa
- ✓ Achados alterados (maternos ou fetais) durante o trabalho de parto ou parto
- ✓ Restrições físicas maternas (a mulher deve conseguir entrar e sair da banheira de maneira autônoma)

Orientações Pré-Procedimento: Cliente/Acompanhante

- O parto na água proporciona alívio das contrações e da dor perineal na expulsão do bebê;
- Para prevenir desidratação, é necessário aumentar a ingestão hídrica;
- O tempo ideal de permanência na banheira varia de 30 minutos a 2 horas, mas a parturiente pode optar a sair da banheira quando desejar.
- Evitar molhar o cabelo;
- Comunicar a enfermagem em caso de qualquer incômodo ou mal-estar;
- Como a fluabilidade na água facilita o movimento, a parturiente será incentivada a adotar diferentes posições;
- No caso de alguma emergência, explicar e ensaiar com a mulher e acompanhante como desocupar a banheira;

Descrição do procedimento

- A temperatura da água deve ser mantida entre 33 e 37°, (respeitando a preferência da mulher) para prevenir hipertermia materna e fetal;
- Aferir temperatura e pulso da parturiente antes de entrar na água e depois de hora em

hora. Encher cerca de 2/3 da banheira, o suficiente para cobrir o abdome da parturiente em posição semi-sentada;

- Checar a temperatura da banheira com o auxílio de termômetro específico, para manter a temperatura adequada. É interessante anotar esse valor no partograma;
- Incentivar a escolha de posição não supina, ou a que seja mais confortável para a parturiente;
- Garantir privacidade.
- Não realizar toque vaginal dentro da banheira.
- Separar e aquecer toalhas, campos e compressas;
- Separar pinças (ou *clamps*) e tesoura para clampeamento imediato, se necessário;
- O parto deve acontecer totalmente dentro da água: se o desprendimento cefálico ocorrer fora d'água, o parto deverá ser ultimado fora dela;
- Permitir que o desprendimento fetal aconteça espontaneamente. Tocar excessivamente o bebê pode estimular reflexos respiratórios. Manobras para o desprendimento de espáduas podem ser utilizadas na água da mesma forma que fora dela, desde que o profissional se sinta seguro. Caso contrário, a mulher deverá ser retirada da água;

Assistência ao terceiro estágio

- Manter o RN e a mãe submersos na água aquecida e manter toalha aquecida nos ombros da mãe;
- Por ser um parto mais "gentil", os bebês podem não chorar ou respirar imediatamente ao sair da água. Sendo assim, observe a cor, respiração e frequência cardíaca. Realizar estímulo tátil, se necessário.
- Administrar Ocitocina 10 UI intramuscular ainda na banheira, posicionando o membro inferior acima da superfície da água e auxiliar a parturiente a sair da banheira para a dequitação, que deve ocorrer fora da água para melhor controle de sangramento;
- Colocar toalhas aquecidas nos ombros da parturiente e forro perineal até ser reposicionada no leito. Secá-la após estar deitada;

Orientação Pós-Procedimento: Cliente/Acompanhante

- Explicar e realizar os procedimentos pós-parto com a parturiente já reposicionada na

cama: clampeamento do cordão, dequitação e revisão de canal de parto;

- Se houver necessidade de sutura, realizar antissepsia e todos os procedimentos assépticos;
- Garantir perda de calor: puérpera e recém-nascido aquecidos, RN em contato pele a pele;
- Esvaziar e higienizar a banheira de acordo com POP de Higienização de Banheiras.



Fonte: Arquivo Casa Angela

5 – REFERÊNCIAS

Medforth J., Ball L, Walker A, Battersby S, Stables S. Oxford Handbook of Midwifery. 3rd Ed. Oxford University Press. Oxford, New York. 2017.

Enning C. Parto na Água: Um Guia para Pais e Parteiros. Ed Editora Manole. Barueri, São Paulo. 2005.

Silva FMB, Oliveira SMJV, Nobre MRC. A Randomised Controlled Trial Evaluating the Effect of Immersion Bath on Labour Pain. *Midwifery*, 2009; 25(3):286-294.

Frye A. Holistic Midwifery: A Comprehensive Textbook for Midwives in Homebirth Practice. Vol. 2: Care of the Mother and Baby from the Onset of Labor Through the First Hours After Birth. 2Ed 1ª Reimp. Edition Labrys Press. Portland, Oregon. 2013.

15- LAVAGEM GÁSTRICA NO RECÉM-NASCIDO

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra/ obstetriz

Executantes:

Enfermeira (o) Obstetra/ obstetriz

1 - Definição

É um procedimento terapêutico, ao longo do qual se introduz uma sonda no interior do estômago, para se irrigar e aspirar o seu conteúdo.

2 - Resultados esperados

Retirar conteúdo gástrico irritante.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- Bandeja
- Luva estéril
- Seringa de 10 ml
- Soro fisiológico 0,9% ou água destilada
- Sonda nasogástrica nº 06 ou nº 08



Fonte: Arquivo Cas Angela

4 – Descrição

- Higienizar as mãos;
- Reunir todo material necessário;
- Explicar o procedimento para a mãe e/ou familiar;
- Calçar luvas;
- Posicionar o Recém-Nascido (RN) em decúbito dorsal;
- Verificar se a sonda está íntegra;
- Verificar o comprimento da sonda, sem tocar no RN;

- Medir a distância da boca até o lóbulo da orelha e depois do lóbulo até o apêndice xifóide;
- Marcar a sonda com micropore;
- Colocar a cuba rim próximo ao RN, para o caso de drenagem de líquidos;
- Limpar a cavidade oral com uma gaze;
- Enrolar a sonda na mão dominante deixando livre aproximadamente 10 cm da extremidade;
- Introduzir a sonda pela narina, deslizando delicadamente em direção à nasofaringe. Quando a sonda passar pela orofaringe, fazer uma pausa para diminuir a possibilidade de vômito;
- A partir deste momento, observar se há presença de sinais que possam indicar que a sonda foi introduzida nas vias aéreas, como tosse, cianose e dispnéia;
- Avançar a sonda delicadamente até a marca pré-determinada;
- Encher o estômago com 5 a 8 ml do líquido prescrito;
- Aguardar alguns segundos sem retirar a sonda;
- Aspirar o líquido da cavidade, observando seu aspecto e coloração;
- Repetir o procedimento quantas vezes se faça necessário, até que se observe saída de líquido com aspecto límpido e sem resíduos;
- Descartar o material utilizado no lixo contaminado;
- Organizar a sala;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotações de Enfermagem.

5- Recomendações

Realizar o procedimento preferencialmente no berço aquecido e sempre na presença da mãe ou de um familiar.

6 – REFERÊNCIAS

Lillis C, LeMone P, Taylor C. Fundamentos de enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

16- PREENCHIMENTO DO PARTOGRAMA

Responsáveis:

Enfermeira Obstetra/obstetrizes

<p>Executantes:</p> <p>Enfermeira Obstetra/obstetrizes</p>
<p>1 - Definição</p> <p>Partograma é um retrato gráfico da evolução do parto.</p>
<p>2 - Resultados esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar e documentar a evolução do trabalho de parto; ○ Indicar tomada de condutas apropriadas.
<p>3 - Materiais/ equipamentos necessários</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Impresso: Partograma
<p>4 – Descrição</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Iniciar o registro gráfico quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto, vide recomendações; ○ Marcar a dilatação inicial com um triângulo no ponto correspondente do gráfico; ○ Marcar na mesma coluna da dilatação com um círculo a altura da apresentação no Plano de De Lee (método utilizado para demonstração da descida da apresentação em relação à bacia materna, tendo as espinhas isquiáticas como sendo o ponto de referência, denominado "0"); ○ Ainda na mesma coluna, anotar o esvaecimento do colo, a variedade de posição, condição da bolsa das águas e do líquido amniótico, padrão das contrações uterinas, valor do batimento cardio-fetal, uso de medicações, intervenções, práticas integrativas e horário que foi realizada a avaliação; ○ Traçar na hora seguinte e 1 cm acima, a linha de alerta e em paralelo, 4 horas após, no 4º espaço, a linha de ação; ○ No partograma, cada divisão completa corresponde a uma hora; ○ Registrar cada procedimento realizado de acompanhamento do trabalho de parto no partograma, logo após a sua execução. ○ <u>Definição e identificação de distócias:</u> A identificação é feita pela observação das curvas de dilatação cervical e de descida da apresentação expressas no partograma (ver protocolo parada de progressão).
<p>5 - Recomendações</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A fase ativa do trabalho de parto é caracterizado em geral por três contrações eficientes em 10 minutos e dilatação cervical mínima de 4 centímetros. Em caso de dúvida aguardar 2 horas e realizar novo toque vaginal: velocidade de dilatação de 1 cm /hora, verificada em 2 toques sucessivos confirma o diagnóstico de fase ativa do trabalho de parto traçando a linha de alerta e de ação. ○ Na evolução normal do trabalho de parto, a curva de dilatação cervical se processa à esquerda da linha de ação. ○ Em casos de trabalhos de parto prolongados, qualquer parâmetro materno ou fetal

alterado justificará a remoção da parturiente em ambulância para o hospital de referência.

6 – Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

17- PROPEDEUTICA CLÍNICA E OBSTÉTRICA

Responsáveis:

Enfermeira Obstetra/ obstetriz

Executantes:

Enfermeira Obstetra/ obstetriz

1 - Definição

É o conjunto de avaliações preliminares realizados em um primeiro momento no atendimento da gestante. Consiste em: exame físico geral e obstétrico.

2 - Resultados esperados

Tem como objetivo a detecção precoce de alterações que possam comprometer o bem-estar materno e/ou fetal.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- o Relógio
- o Fita métrica flexível e não extensível
- o Luva de Procedimento
- o gel lubrificante hidrosolúvel
- o Gel condutor

- Sonar Doppler
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Termômetro
- Abaixador de língua
- Lanterna e foco

4 – Descrição

1 – Exame Físico

- Colocar a gestante em posição confortável;
- Orientar quanto ao procedimento;
- Lavar as mãos;
- Avaliar:
 - Comportamento e nível de consciência: comunicação, sinais de depressão ou ansiedade; confusão mental, sonolência, letargia ou agitação, mobilidade.
 - Pele: higiene, coloração, turgor, sinal de Halban e/ou cloasma gravídico;
 - Mucosa: observar a coloração da mucosa palpebral da conjutiva, mucosa oral, leito ungueal e palma das mãos;
 - Grau de hidratação: observar umidificação da mucosa oral, globo ocular e turgor da pele;
 - Presença de icterícia: observar a coloração da mão, esclera e freio lingual;
 - Presença de cianose: Observar coloração no lábio, leito ungueal e outras extremidades;
 - Padrão respiratório: observar se há dificuldades para respirar ou se esta usando força excessiva para inspirar, observar frequência respiratória;
 - Exame clínico geral quantitativo: realizar mensuração da pressão arterial, peso, altura, IMC, frequência cardíaca, pulsação e frequência respiratória;
 - Face: Observar o tipo de rosto, presença de edema, paralisia, movimentos involuntários, nódulos/tumores e outras lesões e deformidades;
 - Garganta: Observar lábios, gengivas, dentes e língua, use o abaixador de língua se necessário e observe coloração, secreção e placas;
 - Cadeias linfonodais: Realizar palpação dos linfonodos com movimentos circulares com os dedos, observar consistência, tamanho, se esta aderido a planos profundos, se há fistula e se apresenta dor;
 - Tireóide: Palpar a glândula com os polegares, pedir para a usuária flexionar e rotacionar levemente a cabeça. Atendar ao tamanho, consistência, forma e possíveis nodulações;
 - Pulmonar: Realizar inspeção, palpação, percussão (identificar se som claro, timpânico,

submaciço ou maciço) e ausculta (identificar os sons respiratórios normais: som traqueal, respiração brônquica e murmúrios vesiculares e anormais – ruídos adventícios: Estertores finos, estertores grossos, roncos, sibilos, atrito pleural, estridor);

- o Cardíaco: Realizar inspeção, palpação (determinar a localização do ápice do coração e pulsos), e ausculta (Primeira bulha B1 – momento da sístole (fechamento da válvula mitral e tricúspide), B2 – som advindo do fechamento das valvas semilunares – Sempre ouvindo um “tum-tá”, caso escute um som diferente ou um “tá” a mais pode ser indicativos de alteração cardíaca;
- o Abdominal: Realizar inspeção (forma, lesões, estrias, cicatrizes), ausculta (avaliar motilidade intestinal e identificar sopros vasculares na aorta), percussão e palpação (de acordo com a idade gestacional);
- o Membros inferiores: Inspeção (tamanho, simetria, cor, textura, presença de edema e sinais flogísticos) e palpação dos pulsos onde a artéria ficam superficializadas;
- o Genitália: Atentar para o esvaziamento da bexiga antes, realizar inspeção (observar a forma do períneo, disposição dos pêlos, conformação externa da vulva, afastar os grandes lábios e visualizar a face interna dos grandes lábios, os pequenos lábios e o vestíbulo, hímen ou carúnculas himenais, clitóris e meato uretral cicatrizes e papilomatoses. Deve ser realizada manobra de Valsalva para melhor identificar eventuais prolapsos genitais e incontinência urinária), exame especular (inspeção do colo e parede vaginal, avaliar presença de manchas, lesões, secreções/fluidos, varizes vulvar, lacerações e etc.) e inspeção anal (avaliar presença de varicosidades e fístulas anais)

2 - Exame Obstétrico:

1 – Mamas

- o Posicionar a usuária sentada com os braços pendentes ao lado do corpo e realizar a inspeção estática. Solicitar que a usuária realize os seguintes movimentos (inspeção dinâmica): elevação dos membros superiores acima da cabeça, pressão sobre os quadris, inclinação do tronco para frente.
- o Observar a cor do tecido mamário, simetria, presença de massas, retrações ou depressões; observar tamanho, forma e simetria na aréola, orientação dos mamilos, achatamento ou inversão, cicatrizes, marcas congênitas e tatuagens;
- o Realizar palpação: observar o número de linfonodos palpados, bem como seu tamanho, consistência e mobilidade. Pedir para a usuária elevar o membro superior acima da cabeça

para tensionar os músculos peitorais. Atentar para presença de nódulos, adensamentos, secreções mamilares ou areolares, entre outras.

- o Descrever achados pelas seguintes características:
 1. Localização, por quadrante ou método do relógio;
 2. Tamanho em centímetros;
 3. Forma (redonda, oval, etc.);
 4. Delimitação em relação aos tecidos adjacentes (bem circunscritos, irregulares);
 5. Consistência (amolecida, elástica, firme, dura);
 6. Mobilidade, com referência a pele e aos tecidos subjacentes;
 7. Dor à palpação focal;
 8. Aspecto das erupções, eritemas, outras alterações cutâneas ou achados visíveis (retração, depressão, nevos, tatuagens).

2 – Dinâmica Uterina

- o Colocar a gestante em posição confortável;
- o Determinar o fundo uterino;
- o Posicionar a palma da mão 3 dedos abaixo do fundo uterino;
- o Permanecer com a mão nesta posição por 10 minutos;
- o Registrar o tempo decorrido entre o início e o fim de cada contração perceptível através do aumento do tônus uterino;
- o Anotar no prontuário a quantidade, intensidade e duração de cada contração ocorrida durante este tempo.

3 – Palpação e Altura uterina

- o Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- o Delimitar o fundo uterino e contorno da superfície uterina;
- o Identificar a situação, posição e o pólo da apresentação fetal, procurando identificar o pólo cefálico e pélvico e o dorso fetal através dos quatro tempos (manobra de Leopold);
- o Seguir com a aferição da altura obstétrica;
- o Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;

- Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio. A altura uterina se dá por completo quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
- Anotar a medida, em centímetros no prontuário.

4 – Ausculta Fetal

- Colocar o gel condutor no sensor do sonar Doppler;
- Identificar o dorso fetal; e colocar ali o sensor;
- Procurar o ponto de melhor ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), se necessário fazendo leve pressão do aparelho;
- Palpar o pulso da gestante, certificando-se de que não se está auscultando os seus batimentos cardíacos;
- Contar os batimentos, observando frequência e ritmo;
- Contar os batimentos cardíacos fetais por um minuto,
- Manter ausculta antes, durante e imediatamente após a contração, se esta estiver acontecendo;



Fonte: Arquivo Casa Angela

5 – Toque Vaginal

- Acomodá-la em posição ginecológica mantendo a sua privacidade;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas;
- Lubrificar os dedos indicador e médio com gel, se necessário;
- Entreabrir os grandes lábios com o polegar e o dedo anelar e introduzir o dedo médio e indicador no canal vaginal.
- Avaliar:
 - * características do colo (dilatação, esvaecimento e posicionamento);
 - * condições das membranas amnióticas;
 - * características de fluidos eliminados (cor, quantidade, odor);
 - * apresentação fetal;
 - * posição e variedade de posição da apresentação fetal;
 - * características da bacia (conjugado diagonal e conjugado verdadeiro, arco sub-púbico, espinhas ciáticas e o promontório);
 - * revisar a luva observando aspecto da secreção vaginal (odor e coloração);
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos.

-Exame físico da puérpera:

- Avaliar o estado emocional da puérpera: Alterações de humor, tristeza, apatia, dificuldade de estabelecer vínculo com o bebê;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas;
- Posicionar a puérpera em decúbito dorsal;
- Realizar exame físico das mamas conforme descrição anterior;
- Realizar exame do abdômen:

Avaliar presença do globo de segurança de Pinard;

Avaliar altura e involução uterina;

Avaliar presença/ausência de dor à palpação;

Auscultar ruídos hidroaéreos;

Fazer expressão manual de coágulos em caso de necessidade;

Em caso de hipotonia acionar o protocolo de hemorragia.

- o Avaliação do genitais:

Posicionar a puérpera em decúbito dorsal e expor a genitália externa, mantendo-a coberta por um lençol;

Avaliar a presença de lacerações (extensão, localização e aspecto);

Avaliar sinais de infecção, presença de edema, hematoma;

Avaliar condições de higiene íntima;

Verificar presença de hemorroidas;

Avaliar a loquiação e suas características (odor, coloração e quantidade).

- o Avaliação das vias urinárias: Observar e registrar as características da eliminação vesical (quantidade, odor, cor)
- o Avaliação do funcionamento intestinal: Observar e registrar as características da eliminação intestinal; Orientar ingestão hídrica e deambulação;
- o Avaliação dos membros inferiores:

Observar a presença de edemas, dor, hiperemia local; sinais flogísticos e sinais de trombose venosa profunda (sinal de Bandeira que consiste em: palpar a panturrilha e comparar com a outra, o sinal será positivo se houver edema, dor, rubor e calor, a movimentação ficará comprometida; e Sinal de Homans que consiste na dorsiflexão do pé sobre a perna, o sinal será positivo se houver dor).

5- Recomendações

Toque vaginal: Quando as membranas amnióticas não estiverem íntegras, usar luva estéril.

6 – Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Neme B. Obstetrícia básica. 3º ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

Urasaki MBM. Procedimentos técnicos em centro obstétrico e centro de parto normal. São Paulo: Martinari, 2012.

18- SUTURA DE LACERAÇÃO PERINEAL

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra/Obstetiz

Executantes:

Enfermeira Obstetra (o) /obstetiz

1 - Definição

É a aproximação dos tecidos do períneo, através de sutura.

2 - Resultados esperados

Aproximação dos tecidos lacerados, facilitando a cicatrização da região perineal.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- Fios vicryl ou *catgut*
- Gazes estéreis
- Instrumentais: Pinça anatômica, Kelly, Kocher, Porta agulha e Tesoura de Mayo
- Lidocaína sem vasoconstrictor 2%
- Seringa de 20 ml
- Agulhas 40X12 e 30X7

- Luvas estéreis
- Antisséptico aquoso /tópico
- EPI

4 - Descrição

- Orientar a puérpera da necessidade de sutura;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Calçar luvas estéreis;
- Realizar anti-sepsia do local com antisséptico aquoso /tópico
- Calçar luvas estéreis;
- Aspirar a lidocaína com a agulha 40X12;
- Trocar a agulha para a 30X7;
- Solicitar a usuária que se mantenha imóvel no momento que for realizar a punção inicial;
- Introduzir a agulha verticalmente, no local a ser anestesiado;
- Aspirar a seringa, verificando se não há retorno sanguíneo;
- Orientar a usuária que ela poderá sentir ardor, correspondente à entrada do líquido;
- Injetar pequena quantidade de anestésico até que se forme um nódulo;
- Realizar punções subseqüentes lineares em leque ou radiadas;
- Injetar o anestésico continuamente à medida que a agulha se move, distribuindo-o de maneira uniforme;
- Verificar o grau de sensibilidade da usuária na área e repetir o processo caso seja necessário;
- Orientar que a insensibilidade é somente quanto a dor, a puérpera irá sentir as movimentações e manipulações de instrumental, agulhas e fios;
- Escolher o fio de acordo com o tipo de laceração;
- A sutura poderá ser contínua ou contínua-modificada (mucosa e pele sutura contínua, músculo sutura com pontos separados), de acordo com a avaliação do profissional.
- Iniciar a sutura um centímetro acima do ângulo superior da abertura na mucosa vaginal. Continuar os planos do musculo contínuos ou separados e pele contínuos;
- Após orientação e consentimento da puérpera realizar toque retal;

- Realizar higiene local com gaze embebida em sabão neutro;
- Deixá-la em posição confortável;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Descrever procedimento no prontuário.

5- Recomendações

- Fazer boa anti-sepsia antes e depois da sutura;
- No momento da limpeza não reutilizar a gaze, deve-se usar apenas uma vez cada lado da gaze, seguindo o sentido do mais limpo para mais sujo;
- Quanto menos fio e pontos melhor será a cicatrização;
- Observar queda dos pontos entre 7 e 10 dias (catgut) ou de 15 a 20 dias (vicryl);
- Não utilizar nenhum produto/medicamento tópico que não seja orientado pela enfermeira/obstetriz;
- Orientar a puérpera quanto a limpeza local.

Outras considerações:

- Em casos de laceração de 3º grau/4º grau transferir para unidade de referência.

6 – REFERÊNCIAS

Urasaki MBM. Procedimentos técnicos em centro obstétrico e centro de parto normal. São Paulo: Martinari, 2012.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017 2;(1):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.

19- TESTE DA LINGUINHA

É o teste realizado em Recém-Nascidos (RN), durante os primeiros dias de vida para

avaliação do frenulo língual e identificação precoce da anquiloglossia
Responsável: Enfermeiras obstetras/obstetrizes.
<p>1- Resultados esperados</p> <p>Diagnóstico precoce das alterações do frênulo lingual que podem comprometer as funções orais de sucção, deglutição, mastigação e fala. Contribuindo, ainda, para evitar o desmame precoce.</p>
<p>2-Periodicidade:</p> <p>Realizar em todos os recém-nascidos antes da alta</p>
<p>3- Descrição das atividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar os pais quanto à necessidade e importância do exame; 2. Avaliar o momento mais oportuno para a avaliação/ 3. Deve ser feita a observação nos seguintes momentos: acordado em repouso, na mamada e durante o choro; 4. Posicionamento: apoie a nuca do bebê, no espaço entre o braço e o antebraço da mãe ou técnico de apoio. 5. Fazer anotações nos impressos próprios. (parte 1 Protocolo de Martinelli) 6. Orientar os pais sobre o resultado; 7. Realizar encaminhamento para fonoaudióloga se necessário
<p>5 – Avaliação</p> <p>1. Postura dos lábios em repouso</p> <ul style="list-style-type: none"> (0) Lábios Fechados (1) Lábios Entreabertos (1) Lábios Abertos <p>2. Tendência do Posicionamento da língua durante o choro</p> <ul style="list-style-type: none"> (0) Língua na linha média (0) Língua elevada (2) Língua na linha média com elevação lateral (2) Língua baixa <p>3. Forma da ponta da língua quando elevada durante o choro</p> <ul style="list-style-type: none"> (0) Arredondada (2) Ligeira Fenda no ápice (3) Formato de coração

4. Frênulo da Língua

- () É possível visualizar
() Não é possível visualizar**
() Visualização com manobra

** No Caso de não observável, interromper nesta etapa e encaminhar para fono.

4.1 Espessura do frênulo

- (0) Delgado (2) Espesso

4.2 Fixação do Frenulo na face sublingual (ventral) da língua

- (0) No terço médio (2) Entre o terço médio e o ápice (3) No ápice

4.3 Fixação do frênulo no assoalho da boca

- (0) Visível a partir das carúnculas sublinguais
(1) Visível a partir da crista alveolar inferior

Resultado:

- () de 0 a 4- Frenulo não interfere nos movimentos da língua
() de 5 a 6 – reteste em 25 dias
() 7 ou mais frenulo interfere nos movimentos da língua

Parecer: () Normal () Alterado

- Dificuldades em manter aleitamento materno () sim () não

Conduta:

- () Orientações
- () Reteste acompanhamento com fonoaudióloga – data: _____
- () Encaminhamento para cirurgião dentista

Referências

1. Martinelli RLC. Relação entre as características anatômicas do frenulo lingual e as funções de sucção e deglutição em bebês (dissertação). Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, USP. 2013
2. Martinelli RLC. Validação do Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês (tese) Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, USP;2015

20- TESTE DO REFLEXO VERMELHO**Responsáveis:**

Enfermeira (o) Obstetra / obstetrix

Executantes:

Enfermeira (o) /obstetrix

o Definição

É um exame simples e rápido, realizado com o auxílio de um oftalmoscópio direto que emite uma luz que irá transpor os meios transparentes do olho refletindo a coloração da retina, a principal importância desse teste consiste na detecção precoce de doenças leucocorias, catarata (alteração da transparência do cristalino), toxoplasmose (alteração da transparência do vítreo pela inflamação), retinoblastoma (alteração da transparência do vítreo pelo tumor intraocular), glaucoma (alteração da transparência da córnea), infecções, traumas de parto e cegueira.

2 - Resultados esperados

Avaliar a qualidade dos meios transparentes do olho (córnea, cristalino e vítreo).

3 - Materiais/ equipamentos necessários

Oftalmoscópio

4 – Descrição

- Orientar os pais sobre a importância do exame;
- Escurecer a sala para a pupila ficar dilatada;
- Posicionar o oftalmoscópio a 30 cm do olho do RN e proceder a leitura;
- Repetir a técnica no outro olho;
- O espaço pupilar aparecerá como um brilho homogêneo de cor vermelho-alaranjada. Este é o reflexo da cor do fundo do olho, através do meio ocular, aquoso e córnea;
- Se for identificado opacificações nos meios transparentes (o reflexo apresenta mudança em sua cor), encaminhar para o oftalmologista;
- Anotar no prontuário e orientar os pais sobre o resultado.



<http://www.cemahospital.com.br/teste-do-olhinho/>

6 – Referências

Aguiar, ASC, Cardoso, MVLML, Lúcio IML. Teste do reflexo vermelho: forma de prevenção à cegueira na infância. Rev Bras Enferm 2007; 60(5):541-45.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na infância: Detecção e Intervenção Precoce para Prevenção de Deficiências Visuais. Brasília:2013.

21- TRIAGEM PARA CARDIOPATIA CONGENITA

Responsáveis:

Enfermeira (o) Obstetra / obstetrix

Executantes:

Enfermeira (o)/obstetrix

1 - Definição

É a aferição da oximetria de pulso de forma rotineira em recém-nascidos aparentemente saudáveis.

2 - Resultados esperados

Deteção precoce de cardiopatias congênitas.

3 - Materiais/ equipamentos necessários

- Oxímetro de pulso;
- Caneta.

4 - Descrição

- o Lavar as mãos;
- o Aquecer as extremidades do recém-nascido (RN);
- o Colocar o oxímetro no membro superior direito do RN;
- o Proceder a leitura;
- o Colocar o oxímetro em um dos membros inferiores (pé) do RN;
- o Proceder a leitura;
- o Resultado normal: saturação periférica maior ou igual a 95% em ambas as medidas (membro superior direito e membro inferior) e diferença menor que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior.
- o Resultado anormal: Caso qualquer medida seja menor que 95% ou houver uma diferença igual ou maior que 3% entre as medidas do membro superior direito e membro inferior, uma nova aferição deverá ser realizada após 1 hora. Caso o resultado se confirme, encaminhar RN para hospital de referencia
- o Retirar o oxímetro;

- Lavar as mãos;
Explicar o resultado para os pais e realizar encaminhamento se necessário.

5 - Recomendações

Realizar antes da alta – de 24h a 48h de vida.

Este teste apresenta sensibilidade de 75% e especificidade de 99%. Sendo assim, algumas cardiopatias críticas podem não ser detectadas através dele, principalmente aquelas do tipo coarctação de aorta. A realização deste teste não descarta a necessidade de realização de exame físico minucioso e detalhado em todo recém-nascido, antes da alta.

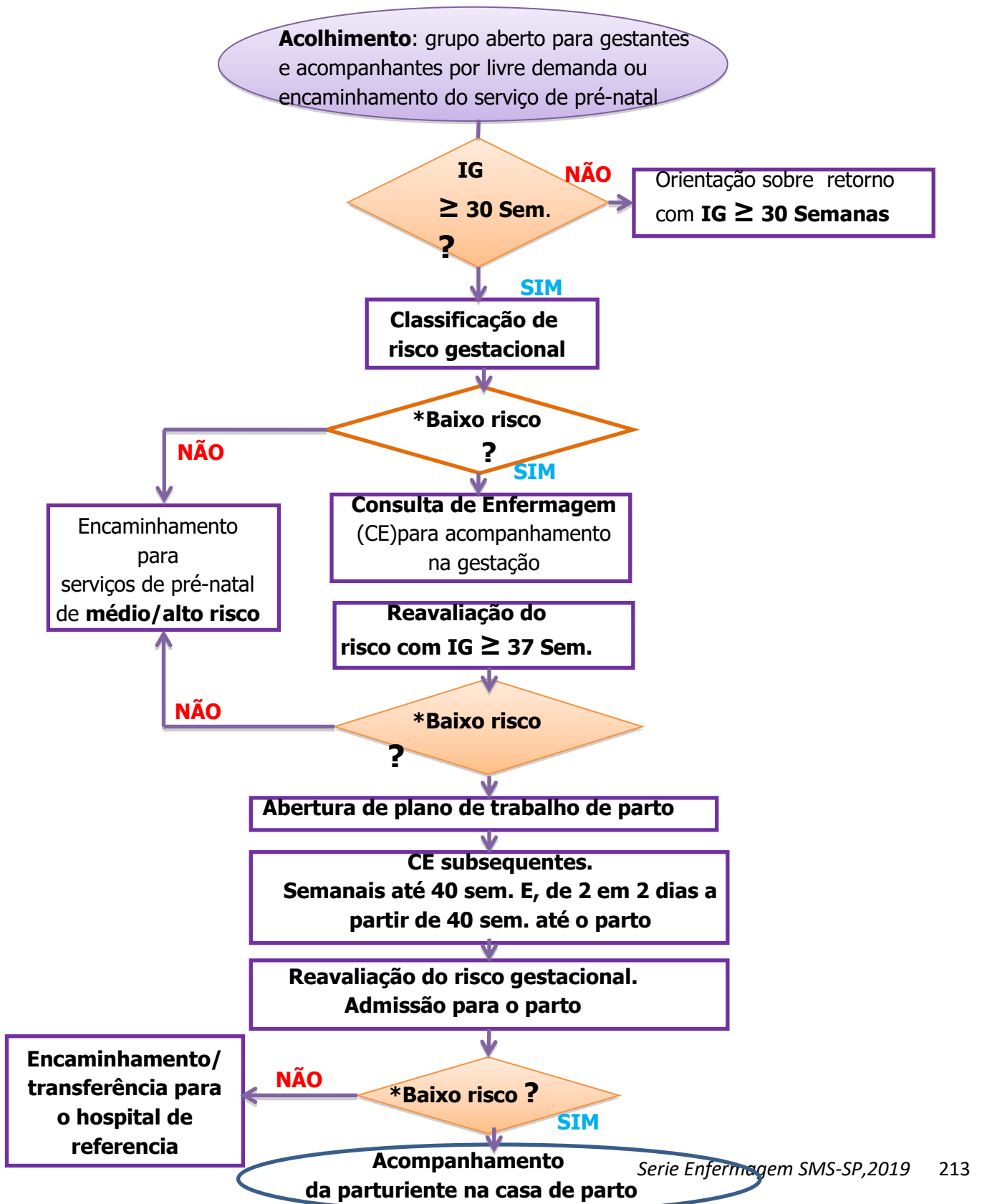
6 - Referências

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Cardiologia e Neonatologia. Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica: oximetria de pulso como ferramenta de triagem neonatal. Novembro, 2011. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/diagnostico-precoce-oximetria.pdf

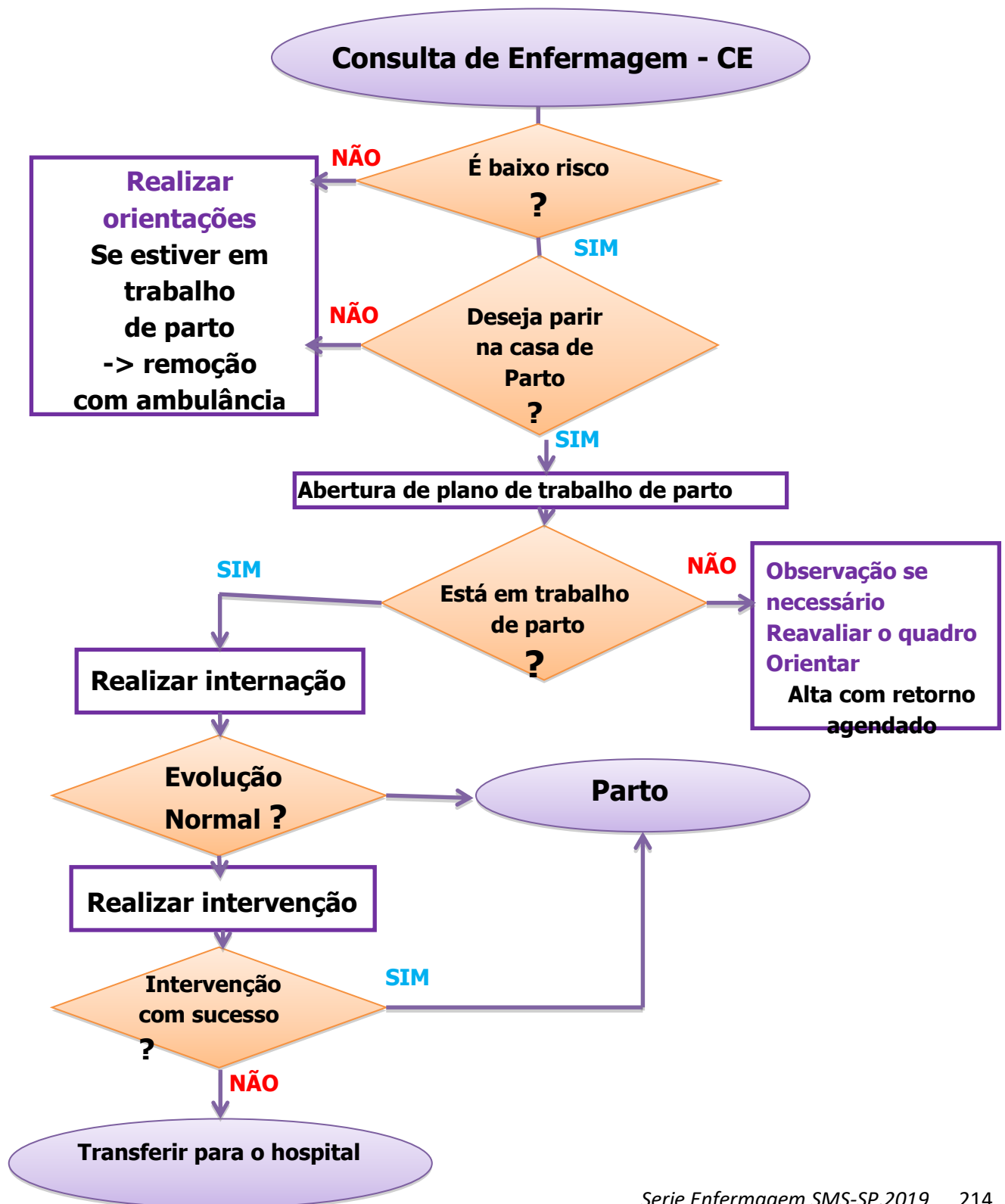
Capítulo 7

FLUXOGRAMAS

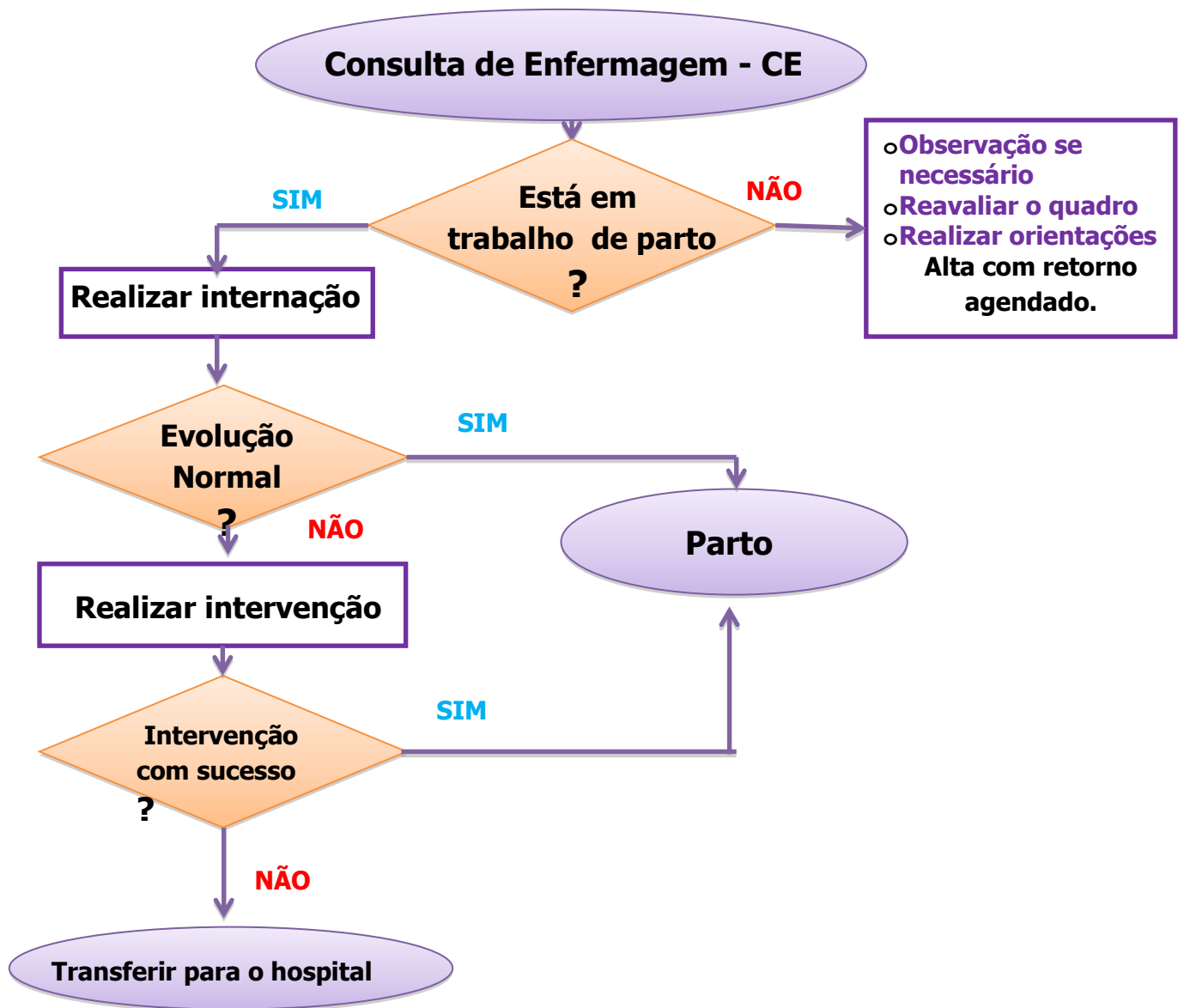
FLUXOGRAMA 1 – Acompanhamento da gestação e parto na Casa de Parto



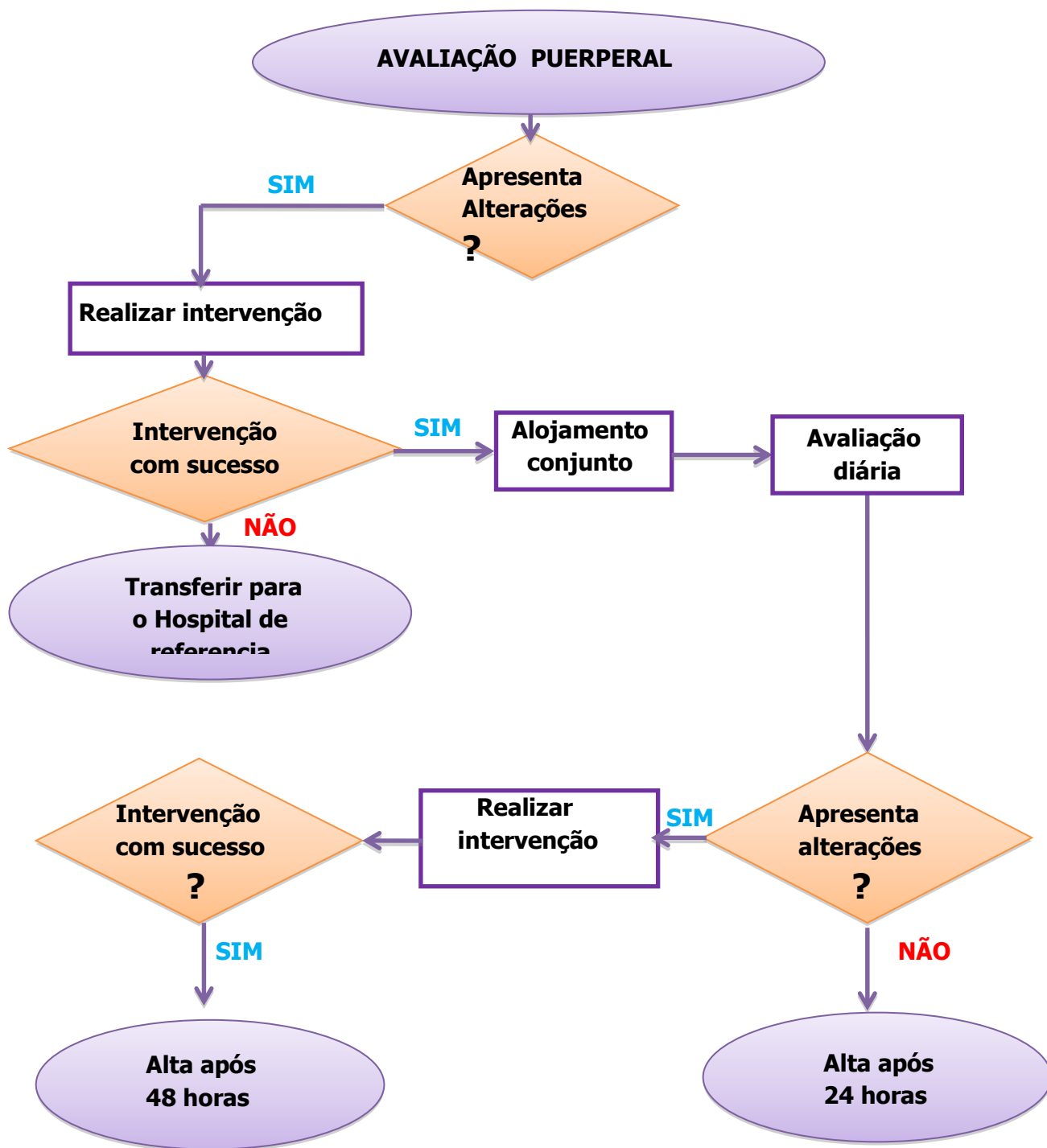
FLUXOGRAMA 2 – GESTANTE COM IG≥37 SEMANAS EM DEMANDA ESPONTÂNEA SEM ACOMPANHAMENTO NA CASA DE PARTO



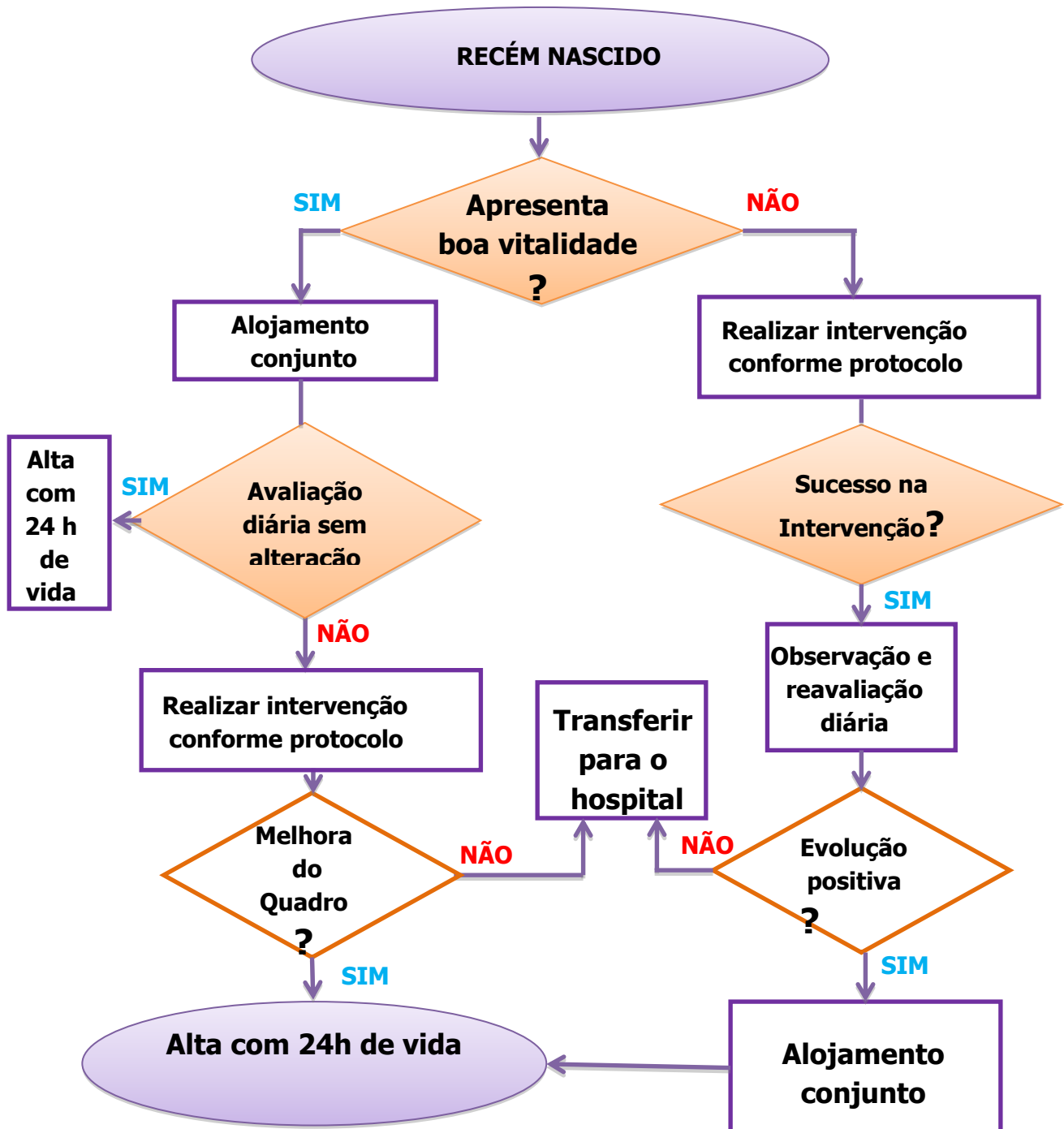
FLUXOGRAMA 3 – GESTANTE EM ACOMPANHAMENTO NA CASA DE PARTO



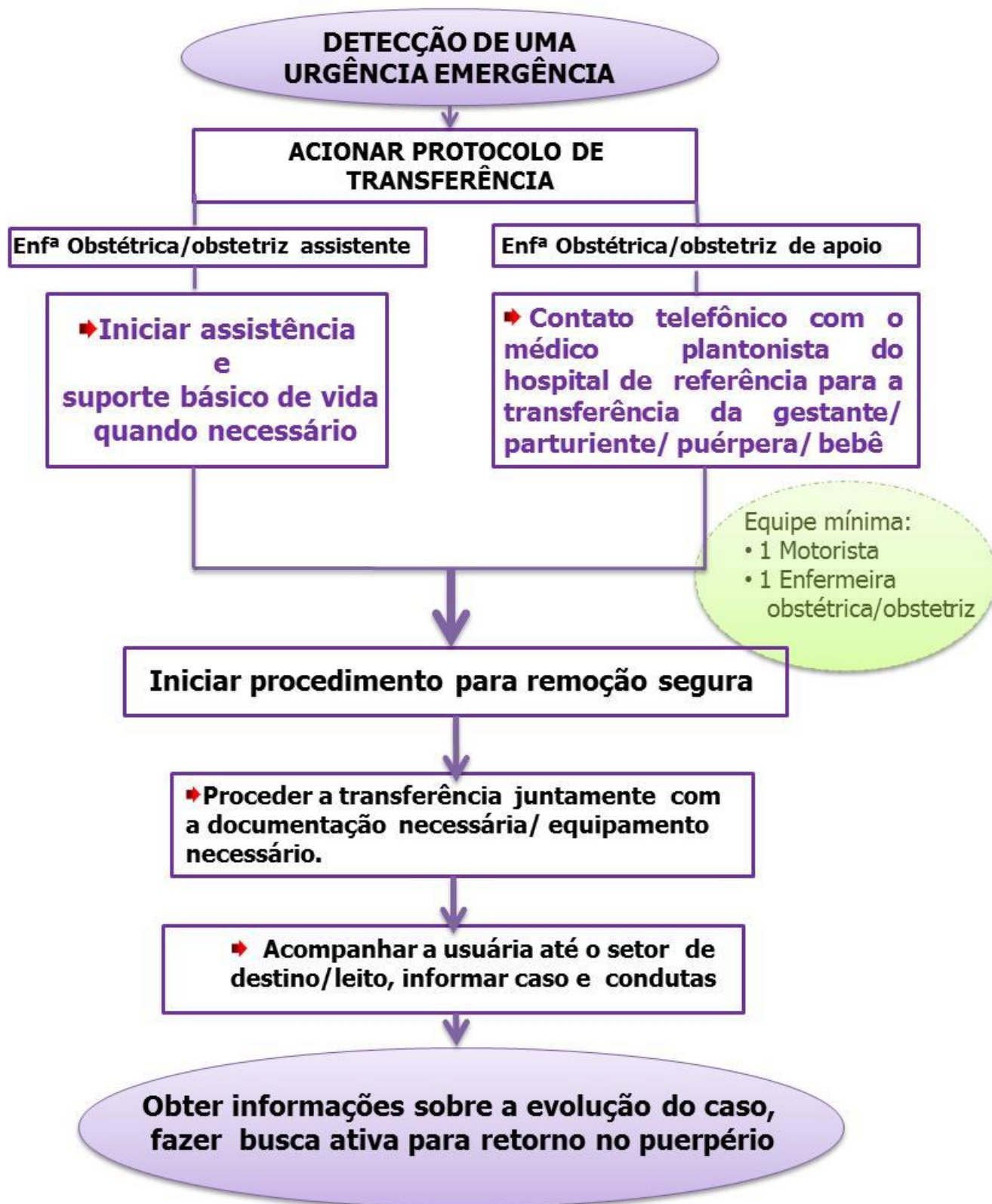
FLUXOGRAMA 4 – AVALIAÇÃO PUERPERAL



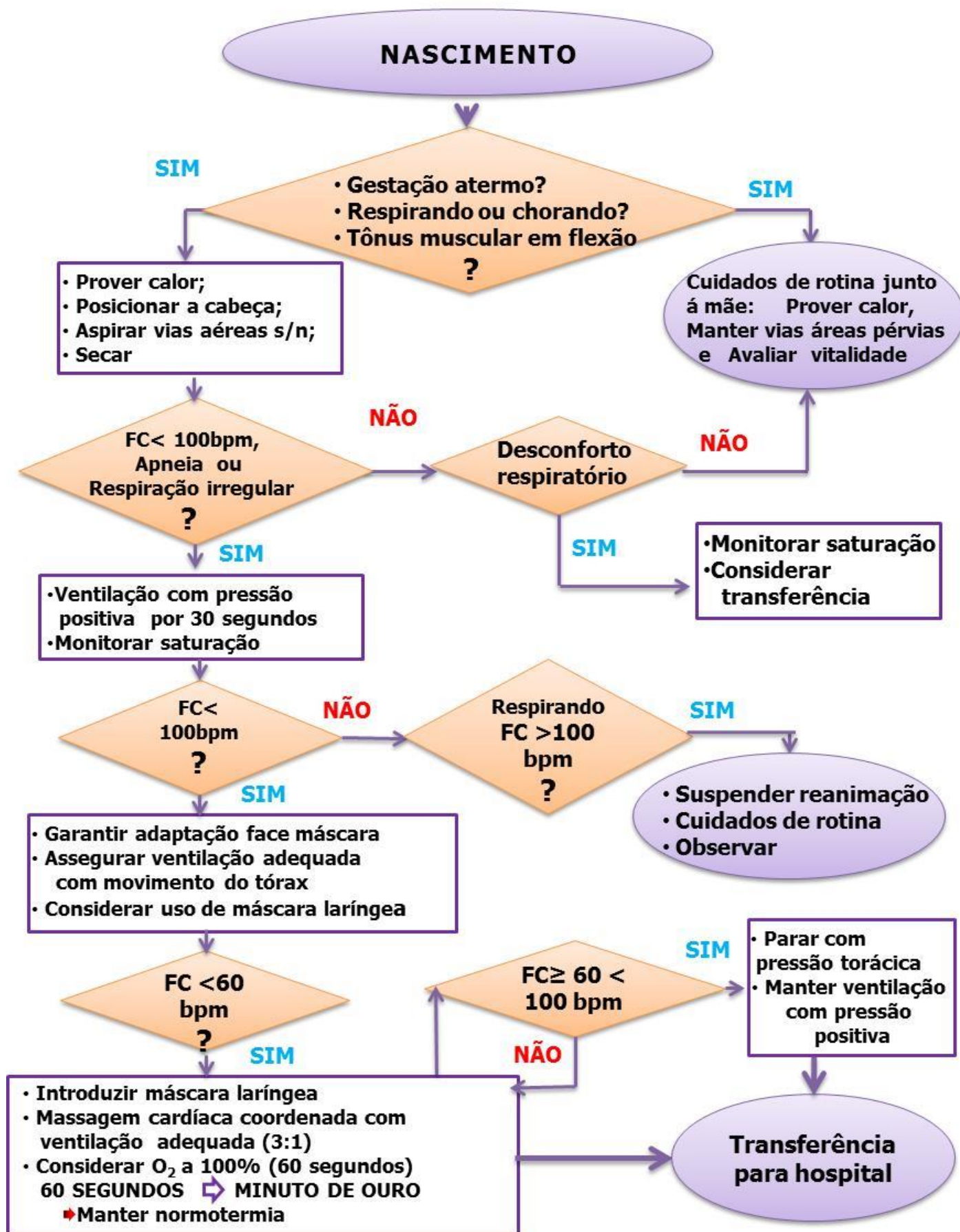
FLUXOGRAMA 5 – AVALIAÇÃO DO RECÉM NASCIDO



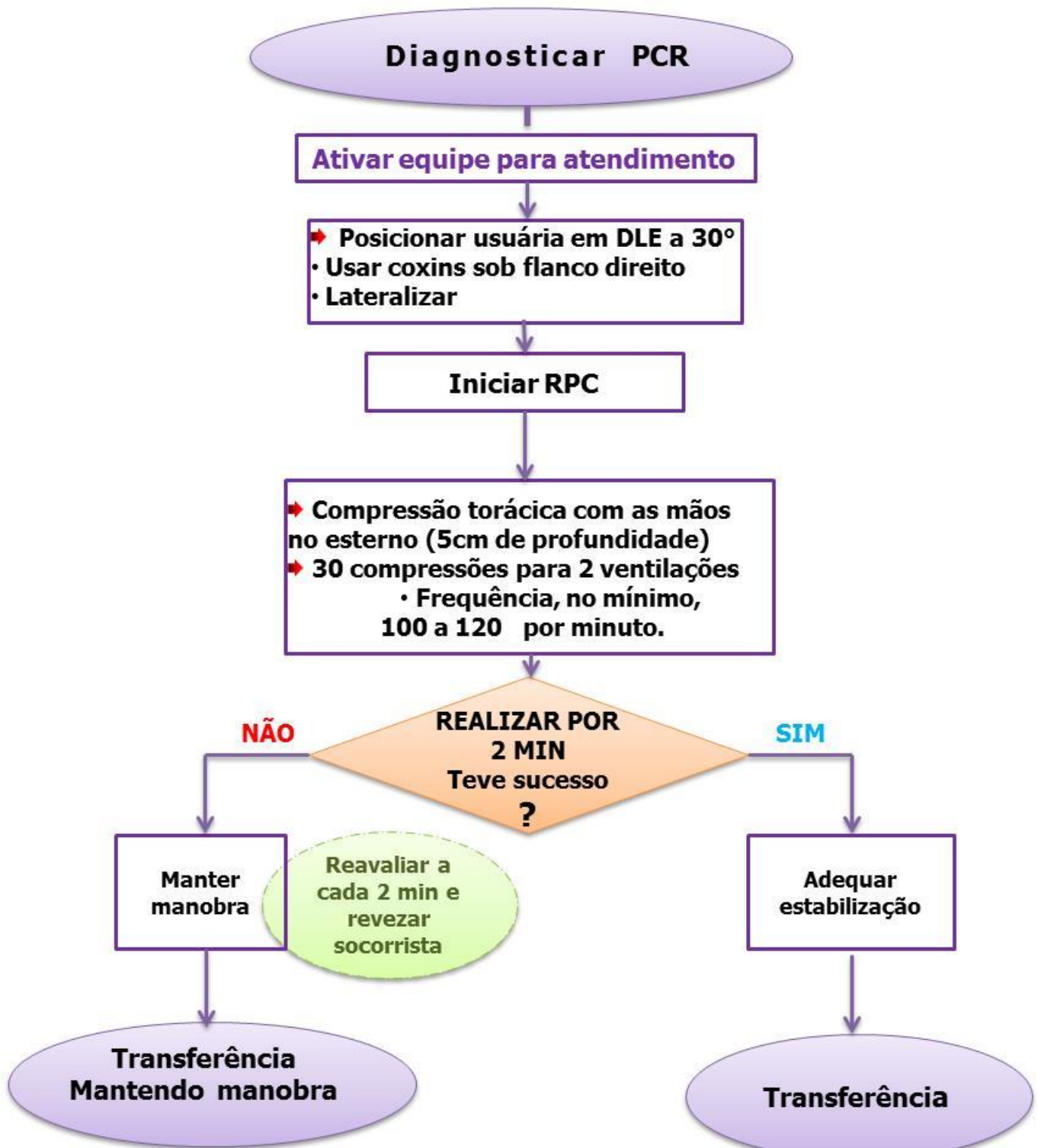
FLUXOGRAMA 6 – TRANSFERÊNCIA NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



FLUXOGRAMA - 7 - REANIMAÇÃO NEONATAL EM CASA DE PARTO



FLUXOGRAMA - 8 - FLUXO DE REANIMAÇÃO MATERNA



Capítulo 8

QUADROS

QUADRO DE EXAMES QUE PODEM SER SOLICITADOS/AVALIADOS PELA ENFERMEIRA (O) OBSTETRA /OBSTETRIZEM CASA DE PARTO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

Gestação -> solicitar quando necessário os exames laboratoriais relacionados no manual Enfermagem-Saúde da Mulher SMS-SP, 2015 atualizado em 2016.

Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6311>

EXAMES	CONDUTA	
Tipagem sanguínea e Fator Rh	<p>Fator Rh negativo: Necessário teste de Coombs indireto - idealmente realizado a cada 4 semanas a partir da 24ª semana.</p> <p>Coombs indireto negativo: Gestante apta ao parto na Casa de Parto.</p> <p>Coombs indireto positivo: Gestante inapta para o parto na Casa de Parto.</p> <p>Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, necessita de exame de coombs indireto.</p>	
Hemograma completo	<p>- Hemoglobina \geq 11g/dl: normal – Apta ao parto na Casa de Parto.</p>	
	<p>Hemoglobina $<$ 11g/dl: anemia leve a moderada.</p> <p>Encaminhar para tratamento.</p>	
URINA I	Proteínas $>$ 10mg/dl	<p>$<$ 10 mg/dl: normal – Apta ao parto na Casa de Parto.</p> <p>“Traços” (entre 10 a 30mg/dl): repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante -Inapta ao parto na Casa de Parto.</p> <p>Demais alterações, impossibilidade de parto na Casa de Parto:</p> <p>“Traços” e hipertensão e/ou edema: encaminhe a gestante ao pré-natal de referencia.</p> <p>“Maciça”: referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
	leucocitúria ($>$ 10.000 cél/ml) ou 5 células/campo	<p>Caso não estiver disponível urocultura, encaminhe a gestante para consulta médica.</p> <p>Tratamento eficaz - Apta ao parto na Casa de Parto.</p> <p>Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma - Inapta</p>

		ao parto na Casa de Parto.
	Hematúria (>10.000 cél/ml) ou 3- 5 células/campo	<ul style="list-style-type: none"> o Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e o proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, o encaminhar a gestante - Inapta ao parto na Casa de Parto.
Urocultura e antibiograma	<p>> 100.000 unidades formadas de colônia/ml: confirma o diagnóstico de ITU, deve ser encaminhada para consulta médica para tratamento.</p> <p>Coletar nova URC de 7 a 10 dias após o término do tratamento.</p> <p>Para o parto na Casa de Parto a última urocultura deverá ser negativa:< 100.000 UFC/ml.</p>	
Glicemia de Jejum (Jejum de 8 a 12 horas)	<p>< 95 mg/dl sem *fatores de risco: normal – Apta para o parto na Casa de Parto.</p> <p>Menor que 95 mg/dl com 2 ou mais *fatores de risco ou 95-125 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose na 24a-28a semana gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular).</p> <p>Se > 125 mg/dl: Confirma diagnóstico de DMG: Inapta para o parto na Casa de Parto.</p>	
TOTG 75g (jejum , 1h e 2h pós sobrecarga com 75 gramas de glicose anidro)	Valores limites para o teste de tolerância a glicose 75 g 24 – 28 semanas	
	Jejum	95 mg/dl
	Após 1 hora	180 mg/dl
	Após 2 horas	155 mg/dl
	<p>Dois pontos maior ou igual: DMG – inapta ao parto na Casa de Parto.</p> <p>* Fatores de risco para diabetes gestacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Idade > 35 anos; - Obesidade (IMC pré-gestacional $\geq 30 \text{ kg/m}^2$); - Hipertensa crônica; 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Pais ou irmãos com DM; - Gestação anterior com: <ul style="list-style-type: none"> - DMG -Macrossomia (> 4 kg) - Polidramnio - Malformação - Morte perinatal sem causa - Gestação atual: <ul style="list-style-type: none"> - feto grande para a idade gestacional - polidramnio - malformação <p>Se TOTG precoce (< 20 sem) com resultado normal repetir com 24 a 28 semanas.</p>
<p>HIV Teste rápido ou sorologia</p>	<p>Deve ser solicitado com aconselhamento pré e pós-teste.</p> <p><u>Resultado negativo:</u> Apta ao parto na Casa de Parto.</p> <p><u>Resultado indeterminado:</u> repetir em 30 dias. Orientar a mulher e seu parceiro a usar preservativo em todas as relações sexuais.</p> <p><u>Resultado positivo:</u> discutir o resultado, prestar apoio e encaminhar ao pré-natal especializado - Gestante inapta ao parto na Casa de Parto. - Oferecer teste rápido também para o parceiro.</p>
<p>VDRL ou teste rápido para sífilis</p>	<p>Realizado no 1º e 3º trim.</p> <p><u>Teste rápido não reagente ou VDRL negativo:</u> Gestante apta ao parto na Casa de Parto.</p> <p><u>VDRL positivo:</u> Realizar teste treponêmico (FTA- Abs, TPHA ou MHATp ou ELISA).</p> <p><u>Teste treponêmico positivo:</u> encaminhar para tratamento - gestante inapta para o parto na Casa de Parto.</p> <p><u>Teste treponêmico negativo:</u> Encaminhar para consulta médica para investigação de colagenoses ou outra possibilidade de reação cruzada; na dúvida diagnóstica será realizado novo VDRL e, se este apresentar elevação da titulação, a gestante e seu parceiro devem ser imediatamente tratados - gestante inapta para o parto na Casa de Parto.</p> <p>Observações: Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico (VDRL) tende a se negatizar em 6 a 12 meses, podendo, no entanto, permanecer</p>

	<p>com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina memória ou cicatriz sorológica da sífilis - gestante apta para o parto na Casa de Parto.</p> <p>Teste rápido positivo: Encaminhar imediatamente para tratamento - Gestante inapta ao parto na Casa de Parto</p> <p>- Oferecer teste rápido também para o parceiro.</p>
Teste rápido de proteinúria	<p>Realizar em mulheres com suspeita de hipertensão.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ausência: < 10 mg/dl (valor normal) – Apta ao parto na Casa de Parto. <p>Demais resultados que impossibilitam o parto na Casa de Parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Traços: entre 10 e 30 mg/dl. o (+) 30 mg/dl. o (++) 40 a 100 mg/dl. o (+++) 150 a 350 mg/dl. o (++++>) > 500 mg/dl.
HBsAg	<p>- <u>Se reagente:</u> Solicitar HBeAg e transaminases (ALT/ TGP/ e AST/TGO). Realize o aconselhamento pré e pós-teste.</p> <p>HBsAg e HBeAg reagentes: encaminhe a gestante para alto risco – gestante inapta o parto na Casa de Parto.</p> <p>- <u>Se não reagente:</u> Se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 1ºtrim - gestante apta o parto na Casa de Parto.</p>
Toxoplasmose	<p>- IgG e IgM negativos no 1º exame. Obrigatório o exame de 3º trim. se no 1º trimestre o resultado foi suscetível.</p> <p>- <u>IgG reagente e IgM não reagente:</u> Imunidade remota não há necessidade de novas sorologias – Apta o parto na Casa de Parto.</p> <p>- <u>IgG e IgM reagentes:</u> Avidéz de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – encaminhar para tratamento imediatamente – inapta ao parto; Avidéz forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame – Apta o parto na Casa de Parto.</p> <p>Avidéz forte e gestação > 16 semanas: encaminhar para tratamento imediatamente – Gestante inapta ao parto na Casa de Parto.</p> <p>- <u>IgM reagente e IgG não reagente:</u> doença recente – encaminhar para tratamento imediatamente – Gestante inapta ao parto na Casa de Parto.</p>

	- IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3o trimestre.
Parasitológico de fezes	Em casos positivos encaminhar para consulta médica e realizar orientações sobre higiene e meios de prevenção.
Na ausência de algum exame realizar solicitação e encaminhar para o pré-natal de referência.	
INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS DE ULTRASSONOGRAFIA	
Para o parto na Casa de Parto a gestante deverá ter um USG ≥ 35 semanas dentro da normalidade.	
PARTO E PÓS-PARTO	
Exames	Conduta
Teste rápido para sífilis	Para todas as gestantes no momento da internação para o parto. <u>Teste rápido positivo:</u> Transferir parturiente para o hospital de referência - Gestante inapta ao parto na Casa de Parto <u>Resultado negativo:</u> Admitir para assistência ao parto.
HIV Teste rápido	Para todas as gestantes no momento da internação para o parto. <u>Resultado positivo ou indeterminado:</u> Repetir teste rápido usando outro fabricante. resultado positivo: Encaminhar para parto hospitalar - Gestante inapta ao parto na Casa de Parto. <u>Resultado negativo:</u> Admitir para assistência ao parto.
Tipagem sanguínea/ fator Rh e coombs direto do RN	Para todos recém-nascidos na Casa de Parto através do sangue do cordão/placenta. <u>Rh negativo:</u> Recomenda-se uma dose de imunoglobulina anti-Rh (300 mg) por via intramuscular em dose única para as mães Rh negativo até 72 horas pós-parto quando o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo. <u>Coombs direto positivo:</u> Transferir para o hospital de referência.
Hemograma completo	Solicitar para puérperas que apresentaram hemorragia pós-parto classe I, controlado com medicamento, clinicamente estável. - Hemoglobina ≥ 11g/dl: normal - Hemoglobina entre 9 e 11g/dl: anemia leve a moderada. *Prescrever sulfato ferroso 200 mg/dia – Encaminhar para acompanhamento na referência pré-natal. Se os níveis tiverem subindo manter o tratamento até a hemoglobina atingir

	<p>11g/dl.</p> <p>- Hemoglobina ≤ 9 g/dl: Encaminhar para hospital de referência.</p> <p>* 200 mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antes das refeições (dois comprimidos antes do café, dois comprimidos antes do almoço e um comprimido antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas.</p> <p>Repetir hemoglobina em 60 dias.</p>
--	--

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Cabral ACV; Reis ZN; Pereira AK; Leite HV; Rezende CAL. Guia de bolso de Obstetrícia. São Paulo: Atheneu; 2010.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Manual técnico: saúde da mulher nas Unidades Básicas de Saúde. 2. ed. São Paulo, 2011.

São Paulo (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Protocolos da Atenção Básica. Diabetes na Gestação: Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ProtocoloDiabetesnaGestacao.pdf>

QUADRO – MEDICAÇÕES QUE PODEM SER PRESCRITAS E ADMINISTRADAS PELA ENFERMEIRA (O) OBSTETRA /OBSTETRIZ EM CASA DE PARTO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

o PARTO		
Medicação	Forma de administração	Indicação e cuidados

Ocitocina	5 UI em soro glicosado 5% de 500 ml	<p>Na Casa de Parto o uso de ocitocina artificial é restrito, pois a ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pelo corpo da mulher. O uso da ocitocina artificial sem indicação correta pode trazer riscos desnecessários para mãe e bebê.</p> <p><i>* Ver protocolo de parada de progressão</i></p> <p>Indicação: Coordenar as contrações durante o período expulsivo.</p> <p>Contra-indicações: Situações de urgência; sofrimento fetal; desproporção céfalo-pelvica, variedade de posição desfavorável, excessiva moldagem da cabeça óssea fetal e formação de bossa, espinhas esquiáticas salientes, ângulo sub-púbico estreito.</p>
o PÓS-PARTO		
Complemento de Ferro	Comprimido com 40 mg de ferro elementar	<p>Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prevenção e tratamento de anemia no período puerperal. - Desconforto por dores no local de rafia de lacerações perineal.
Diclofenaco de sódio	1 comp 50 mg a cada 8 horas	<p>Indicações:</p> <p>Episiotomia ampla ou suturas múltiplas.</p> <p>Cólicas.</p>
Dimenidrinato	Comprimidos ou solução injetável	<p>Indicação:</p> <p>Em caso de distúrbios gastrointestinais como náuseas ou vômitos.</p>
Dipirona	-01 comprimido ou 40 gotas, VO, até 6/6hs	<p>Indicações:</p> <p>Algias que não melhora com terapias não farmacológicas.</p>
Hidralazina	- 1 ampola 20 mg em 10ml de água destilada	<p>Indicação:</p> <p>PA diastólica > 110 mmHg após sulfato de magnésio.</p>

Imunoglobulina anti-D	300mcg intramuscular	Indicação: Todas as mulheres com Rh negativo não sensibilizadas (Coombs indireto negativo) nas primeiras 72 horas após o parto de um recém-nascido com Rh positivo e Coombs direto negativo.
Ocitocina	10UI intramuscular, após o desprendimento do ombro do RN ou 15 UI em 500ml de SG 5%, EV	Indicações: -Como profilaxia de hemorragia pós-parto. - Nos casos de hemorragia pós-parto. *Ver protocolo de hemorragia pós-parto.
Metilergometrina	Uma ampola (0,2mg) Não exceder 0,4 mg. intramuscular	Indicação: Puérperas com hemorragia pós-parto, quando a ocitocina não controlar o sangramento até a transferência. *Ver protocolo de hemorragia pós-parto. Contra-indicações: Hipertensão arterial ou histórico de cardiopatia (que são contra-indicações absolutas de parto na Casa de parto). Verificar a pressão arterial antes de administrar este fármaco.
Misoprostol 200 mcg	4 comprimidos de 200 mcg via retal	Indicações: Hemorragia pós-parto quando os medicamentos anteriores não controlarem o sangramento
Paracetamol	30 gotas ou 1 comprimido a cada 6 horas	Indicações: Algia que não melhora com terapias não farmacológicas.
Gluconato de cálcio 10%	10 ml (uma ampola) Endovenoso lento	Indicação: Em caso de toxicidade por sulfato de magnésio. *Ver protocolo de distúrbios hipertensivos
Lidocaína a 2% sem vasoconstritor	Injetável – aplicar lentamente e com aspiração frequente para reduzir a possibilidade de injeção intravascular	Indicações: - Anestesia local em caso de rafia de lacerações do períneo. - Anestesia local antes da realização da episiotomia, se necessário.

Soro fisiológico a 0,9%	Solução injetável	Indicações: Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.
Soro Glicosado 5%	Solução injetável	Indicação: Reposição hídrica.
Soro Ringer com Lactato	Solução injetável	Indicações: Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.
Sulfato de Magnésio 50%	5 gramas intramuscular em cada nádega	Indicação: Eminência de eclampsia -PA \geq 160/110 mmHg em duas medidas ou PA \geq 140/90 mmHg associado a sintomas de cefaléia, epigastralgia, escotomas e reflexos tendíneos aumentados. *Ver protocolo de distúrbios hipertensivos
Terbutalina	0,5 mg subcutâneo	Indicação: Prolapso de cordão durante o trabalho de parto. Contra-indicações: infecção intrauterina (infecção no útero), pré- eclâmpsia, placenta prévia, hemorragia 3 trimestre. *Ver protocolo de prolapso de cordão.
Transamin 50mg/ml	1 g (4 ampolas) endovenoso	Indicação: Hemorragia pós-parto por atonia uterina.
o RECÉM-NASCIDO		
Nitrato de Prata	1 gota em cada olho	Indicação: Recém-nascido - para prevenção da conjuntivite gonocócica.
Vitamina k	1 mg dose única intramuscular	Indicações: Recém-nascido - para prevenção da doença hemorrágica clássica.
REFERÊNCIAS		

American Academy of Family Physicians. ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics) Provider Manual. 8ª ed. Tomahawk Creek Parkway Leawood, Kansas. 2017. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/aafp/2017-also-provider/ALSO-Provider-2017-Syllabus.pdf>

Basile ALO, Bomfim MSP, Miyashita NT. Centro de Parto Normal: Implantação e Treinamento. São Caetano do Sul- SP: Yendis Editora, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde V.I cuidados gerais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Decreto 9713/77 | Decreto nº 9.713, de 19 de abril de 1977. Aprova Norma Técnica Especial relativa à preservação da saúde, dispondo sobre a instalação obrigatória da solução de nitrato de prata a 1% nos olhos dos recém-nascidos (Método de Credé).

Brasil, Ministério da Saúde. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS; 2008.

Lei 7498/86, de 25 de junho de 1986. Lei do Exercício da Enfermagem.

Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco: manual técnico/ Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. 5ª ed. Brasília, 2012.

Capítulo 9

ANEXOS

FOLHETOS

Termo de Consentimento livre e esclarecido para assistência ao parto

Nome: _____ Idade: _____

A enfermeira obstetra/obstetrix _____ COREN-SP: _____ me explicou e eu entendi que:

- o A Casa de Parto tem como princípio básico a humanização no seu atendimento, priorizando o mais natural possível e seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde e medicina baseada em evidência.
- o A equipe é composta por enf. obstetra e/ou obstetrix e técnica de enfermagem, os quais acompanharão o trabalho de parto, parto e pós-parto.
- o Declaro que optei por ter o parto na Casa de Parto por livre escolha. Sendo assim autorizo os profissionais vinculados à assistência, credenciados por esta instituição, a realizar a assistência ao parto.
- o Posso ter um parto na Casa de Parto, desde que eu seja uma gestante saudável, com pré-natal sem intercorrências, com todos os exames laboratoriais solicitados realizados e sem alterações, com bebê único, em apresentação cefálica e aguardo o trabalho de parto espontâneo após 37 semanas de gestação. Sendo que após 40 semanas serão utilizadas técnicas não farmacológicas para estimular o trabalho de parto.
- o Estou ciente de que no momento da internação será realizado o teste rápido para HIV e sífilis, e durante o trabalho de parto a equipe irá monitorar os batimentos cardíacos do bebê e meus sinais vitais.
- o Entendi que a assistência ao parto é um procedimento que demanda um tempo previamente indeterminado e não garante, por si só, a ocorrência de um parto normal. Fui esclarecida de que a qualquer momento durante o trabalho de parto, podem ocorrer situações inesperadas. O parto será conduzido na Casa de Parto enquanto estiver seguro e sem intercorrência. A qualquer sinal de possível intercorrência, a opção de referência será acionada durante o trabalho de parto, parto ou pós-parto.
- o Estou ciente que depois que minha bolsa romper, se meu parto não ocorrer em 18 horas, ou menos dependendo da situação, serei transferida para o hospital.
- o Fui esclarecida que o parto, em todas as suas etapas – trabalho de parto, parto e pós-parto – é um acontecimento que embora natural, pode ter riscos tanto para a mãe como para seu bebê e que a equipe poderá intervir a qualquer tempo, com uso de medicamentos e procedimentos, tentando alterar e corrigir um eventual curso inadequado do parto, visando sempre os maiores benefícios e menores riscos para a mãe e o feto.
- o Estou ciente de que pode haver a necessidade de realização de episiotomia, que é um corte feito na vagina, para facilitar a saída do bebê e que logo após seu nascimento, será administrado ocitocina injetável para a prevenção da hemorragia pós-parto.
- o Estou ciente, também, que o bebê receberá uma injeção de vitamina K para prevenção de hemorragia neonatal e colírio nitrato de prata para a prevenção de oftalmia gonocócica (conforme lei estadual 9.713, 19 de abril de 1977), bem como as vacinas BCG e Hepatite B.

- Fui esclarecida que na Casa de Parto é realizado o exame teste do pezinho, do olhinho e do coraçãozinho. Os demais exames da triagem neonatal após encaminhamento ficarão sob minha responsabilidade.
- Estou ciente de que, embora excepcional, existe um risco de morte, tanto para a mãe, como para o feto ou recém-nascido, derivado da própria gestação, do trabalho de parto, parto e pós-parto ou da situação vital da mãe e/ou seu filho(a).

Fui esclarecida de algumas rotinas da Casa de Parto:

- Toda gestante tem direito a dois acompanhantes durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.
- É permitido à gestante caminhar, deitar e/ou ficar em qualquer posição que lhe agrade e lhe proporcione maior conforto durante todo o processo.
- Há uma preocupação em manter o ambiente, durante todo o tempo, confortável e o mais agradável possível com relação à música, temperatura e luz.
- Durante todo o processo é estimulado que a gestante se hidrate e se alimente.
- A Casa de Parto oferece 5 refeições diárias, porém a gestante tem a liberdade de trazer quaisquer alimentos de sua preferência, desde que não perecíveis e não necessitem de refrigeração tais como água de coco, chocolate, sucos, dietas vegetarianas.
- A dor é entendida como uma função fisiológica que pode ser aliviada com métodos não-farmacológicos. Portanto, a Casa de Parto disponibiliza uso de banho de chuveiro, banheira, massagem, óleos, banquinho, bola suíça, música, exercícios respiratórios e outras técnicas não farmacológicas, de acordo com a avaliação da enfermeira/obstetiz e momento do trabalho de parto.
- Sendo um local de atendimento 24 horas, sempre há profissionais de plantão para esclarecimento de dúvidas e atendimento telefônico e/ou pessoalmente para questões relacionados à saúde da mãe ou recém-nascido.
- Se mãe e bebê se encontram em boas condições, logo após o nascimento é norma estimular o contato pele a pele e a amamentação logo na primeira hora de vida.
- Na Casa de Parto é dada atenção mais que especial ao aleitamento materno e o desejo da mulher de amamentar ou não deve ser compreendido e respeitado. Porém, não será oferecido outro tipo de leite a não ser o materno/humano.
- A alta é dada de acordo com avaliação da enfermeira obstetra/ obstetiz de plantão com no mínimo 24 horas do horário do parto.
- São agendados três retornos puerperais: O primeiro, para coleta do teste do pezinho, conforme preconizado pela APAE, entre 48h da primeira mamada e 7 dias do nascimento; o segundo com 15 a 20 dias e o último com 30 a 40 dias da data do nascimento.
- Se houver qualquer intercorrência durante qualquer momento do processo com mãe e/ou bebê, ambos serão transferidos para o hospital de referência:

Observações:

Entendo, que o fato de assinar este termo não garante a realização do parto na Casa de Parto e que é possível a qualquer momento revogar o meu consentimento.

Por este CONSENTIMENTO, confirmo que estou satisfeita com as informações recebidas, que me foi permitido que eu realizasse todas as perguntas e fizesse todas as observações que eu achei pertinentes e que compreendo todos os riscos e benefícios decorrentes desse procedimento e por tais condições CONSENTO que os procedimentos sejam realizados da forma como foi exposta no presente termo, inclusive quanto aos procedimentos necessários para tentar solucionar as situações imprevisíveis e emergenciais, as quais serão conduzidas de acordo com o julgamento técnico da equipe para que sejam alcançados os melhores resultados possíveis.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Gestante – RG: _____

Testemunha

Nome _____

RG _____

:

Acompanhante

Nome _____

RG _____

Grau de Parentesco _____

Enfermeira obstetra/obstetriz

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA DA GESTANTE

Nome da Paciente: _____ Idade: _____

História/Exame obstétrico: _____ Gesta _____ PN _____ PC _____ AB

DUM: _____ DPP: _____ IG (DUM): _____ IG (USG): _____ AU: _____

Toque vaginal: _____ DU: _____

Sinais Vitais: PA _____ FC _____ FR _____ T _____

Motivo da transferência: _____

Anexos: _____

Dados da transferência:

Data: ____/____/____

Carimbo da unidade solicitante:

Para: Hospital: _____

Contato telefônico – () não, motivo: _____ () sim:

Profissional: () médico () enfermeiro () outro: _____

Nome: _____ Horário: ____ : ____

Transporte - Ambulância: Horário de saída: ____ : ____ Horário de chegada: ____ : ____

Acompanhada por: _____

Atendimento: Hospital: _____ Horário: ____ : ____

Médico/Enfermeiro: _____ CRM/COREN: _____

Assinatura paciente

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA DA PUÉRPERA

Nome da Paciente: _____ Idade: _____

Sinais Vitais: PA _____ mmHg FC ____ bpm FR ____ mpm T _____ °C

Dados do Parto: Data: _____ Horário: _____

Medicações utilizadas: _____

Condições perineais: _____

Informações adicionais: _____

Motivo da transferência: _____

Anexos: _____

Dados da transferência: Data: ____/____/____

Carimbo da unidade solicitante

--

Para Hospital: _____

Contato telefônico – () não, motivo: _____

() sim: Profissional: () médico () enfermeiro () outro: _____

Nome: _____ Horário: ____ : ____

Transporte - Ambulância: Horário de saída: ____: ____ Horário de chegada: ____: ____

Acompanhada por: _____

Atendimento: Hospital: _____ Horário: ____: ____

Médico/Enfermeiro: _____ CRM/COREN: _____

Assinatura paciente

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO

RN de: _____ Idade: _____

Dados do nascimento:

Data do nascimento: ____/____/____ Hora nascimento: ____:____

Peso: _____ Comprimento: _____ PC: _____ PT: _____ PA: _____

Apgar: ____/____/____

Sinais Vitais: FC: _____ FR: _____ T: _____

Informações adicionais: _____

Motivo da transferência: _____

Dados da transferência:

Data: ____/____/____

Carimbo da unidade solicitante:

Para Hospital: _____

Contato telefônico – () não, motivo: _____ () sim:

Profissional: () médico () enfermeiro () outro: _____

Nome: _____

Atendimento: Hospital: _____ Horário: ____: ____

Médico/Enfermeiro: _____ CRM/COREN: _____

Assinatura mãe/pai/responsável

ENCAMINHAMENTO

Orientação para elaboração:

Plano de Parto é um registro prévio dos seus desejos, expectativas e preferências para o parto.

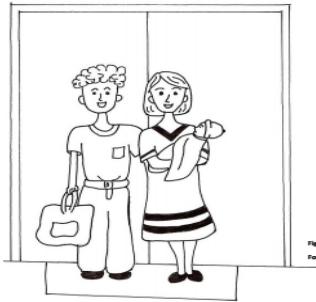
- O plano de parto que você entregará para a equipe da Casa de Parto é livre, poderá ser de forma escrita contendo, por exemplo, o nome do seu(s) acompanhante(s), onde você mais gosta de receber massagem (ou se não gosta), quem você gostaria que cortasse o cordão umbilical, se gosta de música, velas, se tem algum medo ou alguma preferência de posição de parto e etc.
- No plano de parto você pode escrever o que tiver vontade e o que imaginar para o seu parto. Você pode também fazer um desenho ou escrever uma música ou poema se quiser.
- Sinta-se a vontade caso não queira escrever também. Não é obrigatório.
- Depois de escrever, desenhar ou pintar, você deverá trazer seu plano de parto à Casa de Parto na sua consulta de pré-natal, a enfermeira obstetra/obstetriz vai ler com você e tirar todas as dúvidas.
- Solicite para a equipe da Casa de Parto um modelo de plano de parto que você deverá fazer para levar para o hospital em caso de uma transferência.

Caso tenha outros desejos e expectativas em relação ao parto, registre

aqui: _____

O plano de parto expressa meus desejos e minhas preferências para o nascimento do meu bebê, porém DECLARO ter conhecimento que, dependendo da situação no momento do parto, algumas das minhas escolhas podem não ser possíveis. Nesses casos, gostaria de ser previamente avisada e consultada a respeito das alternativas.

Obs.: O Plano de Parto deverá ser entregue ao enfermeiro obstetra/obstetrix ou médico obstetra no momento da internação no pré-parto. **A entrega deverá ser registrada em prontuário e o plano deverá permanecer anexado ao mesmo.**



Assinatura da Gestante

Figura 2: Saída de hospital
Fonte: Ilustração de Miriam Siqueira de Carmo Rabello, 2015.



PLANO INDIVIDUAL DE PARTO

Plano de Parto é um registro prévio dos seus desejos, expectativas e preferências para o parto.

Data: ____/____/____

Nome da gestante: _____

Você já escolheu o nome do seu bebê ?

() Não () Sim, qual ? _____



Figura 3: Presença do acompanhante
Fonte: Centro de Parto Normal Intra-hospitalar, 2007, p. 14

Alimentação leve durante o trabalho de parto fornece energia para esse momento.

Você deseja receber alimentação leve no trabalho de parto?

() Sim () Não

Para alívio das contrações durante o trabalho de parto, é importante diminuir o medo e o estresse. Para isso o hospital deverá favorecer a presença do acompanhante e oferecer métodos de alívio, como: massagens, banho, permitir andar, orientar a respiração, a mudança de posição, medicações e se necessário anestesia, embora a anestesia possa levar a um parto fórceps.

Dentro das suas expectativas, quais métodos de alívio das contrações, você espera utilizar?

- () receber massagens durante o trabalho de parto
- () experimentar ficar no banho de chuveiro
- () andar durante o trabalho de parto
- () receber orientação quanto a respiração
- () mudar de posição durante o trabalho de parto
- () medicações
- () anestesia

Você já escolheu seu acompanhante?

() Não () Sim, quem? _____

E o que você espera de seu acompanhante?

A ocitocina só será utilizada quando necessário e com justificativa médica para o seu uso no trabalho de parto.

Você deseja deixar expressa sua vontade ao profissional para que evite o uso, sem justificativa médica?

() Sim () Não

Qual posição de parto você deseja experimentar?

- () cócoras
- () sentada
- () quatro apoios
- () semi-sentada
- () lateral



Posição sentada em banqueta



Posição de cócoras



Posição de quatro apoios



Posição lateral esquerda



Posição semi-sentada
Ilustração de Miriam Siqueira de Carmo Rabello, 2015

Fonte: Centro de Parto Normal Intra-hospitalar, 2007.

O parto vaginal geralmente é o melhor, tanto para a mãe quanto para o bebê, devido à rápida recuperação e proteção contra infecções e sangramentos. A episiotomia (corte na vagina) somente é indicada de forma ocasional não como rotina. Você gostaria de deixar expresso seu desejo de que seja evitada a episiotomia, caso não seja necessária?

() Sim () Não

O contato pele a pele favorece as defesas do bebê e um maior vínculo afetivo, além de ajudar no controle da temperatura dele, sempre que possível. Deseja receber seu bebê no peito logo após o nascimento, sempre que possível?

() Sim () Não

Amamentação é o alimento ideal para o seu bebê, fortalece o vínculo afetivo e o seu desenvolvimento, sempre que possível. Deseja receber orientação quanto ao aleitamento materno antes e depois do nascimento?

() Sim () Não

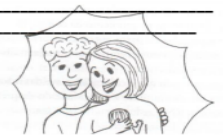


Figura 4: Contato pele a pele
Fonte: Centro de Parto Normal Intra-hospitalar, 2007, p. 62

INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS PARA GESTANTES IG ≥ 40 SEMANAS

O seu bebê está chegando! Parabéns! Até o momento sua gestação está saudável e vocês estão planejando ter o parto na Casa de Parto. Nesta semana você completa 40 semanas de gestação. Sabemos o quanto este momento é especial para você, por este motivo gostaríamos de te informar e esclarecer algumas coisas para que possamos decidir juntos os caminhos a seguir.

Este é o momento de começarmos a usar estímulos para você entrar em trabalho de parto espontâneo, para prevenirmos uma gravidez prolongada (gestação a partir de 42 semanas completas), pois não é saudável para o bebê.

Temos alguns recursos não farmacológicos que podem auxiliar/ incentivar seu próprio corpo a entrar em trabalho de parto. Como massagens, chás, shake, rebozo.

Em casa você pode fazer:

- Caminhadas (ritmadas, algumas vezes/dia);
- Relações sexuais com preservativo. O orgasmo feminino é importante e ajuda na produção de ocitocina (hormônio que faz vir contrações);
- Estímulos nos mamilos (10 a 15 minutos algumas vezes/dia).

Será realizado um exame de toque para avaliar se:

- Colo favorável, maduro e aberto: oferecemos a escolha por descolamento digital de membranas;

- Colo desfavorável, imaturo: oferecemos massagem com óleo de prímula.

É importante também o aumento da vigilância do bebê, que é feito com:

- Exame obstétrico com cardiotocografia a cada dois dias;
- Monitoramento fetal cardíaco quando entrar em trabalho de parto a cada 30 minutos ou menos;
- Se houver indícios de comprometimento bebê ou outras intercorrências, será realizado um encaminhamento/transferência para o hospital.

Você deverá observar diariamente a movimentação do bebê, devendo nos comunicar imediatamente se houver diminuição da mesma.

Sendo assim, utilizar as técnicas não farmacológicas para estimular o trabalho de parto, é uma decisão sua, desde que dentro dos limites da segurança. Estamos aqui para te apoiar e para te dizer quando o caminho/decisão deverá ser alterado.