

# 2013

## Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal SMS/RJ



Enfermeiras obstétricas da SMS/RJ

SMS/RJ

26/06/2013

# PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

## Equipe de Elaboração

Alexandra Celento Vasconcellos da Silva	HMAF
Andrea Cristina da S. Veloso	HMLD
Avany Maura Gonçalves de Oliveira	HMCD
Carla Cristina Rodrigues Lopes	HMHP
Celia Regina Boaventura Alves	CPDCF/HMMR
Claudia Fabiane dos Santos Salu	HMLD
Elaine Maia da Silva Beruthe	HMCD
Edymara Tatagiba Medina	CPDCF
Inaiá de Santana Mattos	HMAF/CPDCF
Leila Gomes Ferreira de Azevedo	CPDCF
Marcella Cristina de Souza Pereira	HMAF
Marcia Villela Bittencourt	HMHP/HMMR
Maria de Fatima da Silva	HMFM
Maria Nunes Oliveira	MLD/HMC
Natalia da Silva Corrêa	HMMR
Patricia Santos Barbastefano	HMAF
Rosana Figueiredo Pires	CPDCF
Sheila Cruz Santos	MLD/CPDCF
Tatiana Nascimento	HMMR/CPDC
Wania Maria A. Ramos	HMCD/HMMR
Zuleide Alzira de S. Aguiar	CEP28

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a assistência obstétrica deve ter como objetivo mãe e criança saudáveis, com o mínimo de intervenções e compatíveis com a segurança. Nessa perspectiva deve haver uma razão válida para se interferir no parto normal.

O Ministério da Saúde vem financiando e estimulando a qualificação da enfermagem obstétrica, para acolher as escolhas da mulher no processo de parto e nascimento, por meio de uma cuidadosa avaliação de suas condições clínicas e obstétricas, como parte da estratégia da Rede Cegonha, para ampliar e qualificar a assistência prestada às gestantes e aos bebês no Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com pesquisas científicas, o cuidado oferecido por essas profissionais em Centros Obstétricos de maternidades, diminuem o uso das intervenções obstétricas, melhoram os indicadores de morbimortalidade materna e perinatal e aumentam a satisfação da mulher com a experiência vivida, indicando a segurança e a viabilidade da atenção ao parto e nascimento nestes locais de nascimento. O modelo humanizado privilegia o bem-estar da mulher e de seu bebê, buscando ser o menos invasivo possível, considerando tanto os processos fisiológicos, quanto os psicológicos e o contexto sociocultural. Faz uso da tecnologia de forma apropriada, sendo que a assistência se caracteriza pelo acompanhamento contínuo do processo de parturição. Garante às mulheres e às crianças vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza (BRASIL, 2012).

O desafio que persiste não é, pois, tecnológico, mas sim estratégico e organizacional, onde profissionais de diferentes categorias e saberes possam trabalhar de forma integrada e estabelecer o cuidado adequado para cada mulher.

O presente documento apresenta as diretrizes para a assistência de enfermagem obstétrica nos Centros Obstétricos das Maternidades Municipais da rede Municipal de Saúde e deve ser usado em conjunto com outras publicações, que incluem os Documentos Técnicos do Ministério da Saúde e Áreas Técnicas de Saúde.

**CONSIDERANDO** que o enfermeiro é um profissional autônomo, legalmente habilitado por lei para exercer suas atividades laborais, conforme o disposto no Artigo Art. 5 da **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, inciso XIII** - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer;

**CONSIDERANDO** o disposto no Artigo 11 da Lei nº 7.498/86, que regulamenta a profissão do Enfermeiro, assim como estabelece que a direção, organização e planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem são atividades exercidas de forma privativa pelo Enfermeiro nos serviços de saúde, no âmbito do SUS e no sistema privado de saúde.

**CONSIDERANDO** o disposto no Artigo 11, inciso II, da Lei nº 7.498/86 que regulamenta a Prescrição pelo enfermeiro de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

**CONSIDERANDO** a Resolução COFEN nº159/93 que dispõe sobre a Consulta de Enfermagem em seu Art. 1º - determina que em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada, a consulta de Enfermagem deve ser obrigatoriamente desenvolvida na Assistência de Enfermagem.

**CONSIDERANDO** o disposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando-se os princípios fundamentais: O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. [...]

**CONSIDERANDO** a Resolução COFEN nº195/1997 que disciplina no Art. 1º, o procedimento de que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais.

**CONSIDERANDO** o disposto na Portaria Nº 2.815/GM de 29 DE MAIO DE 1998, que Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) o Grupo de Procedimento e os Procedimento: 35.150.01-7 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra e 35.080.01.9 - Parto Normal Sem Distocia Realizado Por Enfermeiro Obstetra

**CONSIDERANDO** o disposto na Portaria n.º 163/GM, de 22 de setembro de 1998 que Regulamenta a realização do procedimento 35.080.01.9 – Parto Normal sem Distócia Realizado Por Enfermeiro Obstetra e Aprova o modelo do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH para realização de parto normal.

**CONSIDERANDO** o disposto na Resolução COFEN nº 223/1999, sobre a atuação dos profissionais Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal que estabelece em seu **Art. 1º** - A realização de Parto Normal sem Distócia é da competência de enfermeiros, e dos portadores de Diploma, Certificado de Obstetriz ou Enfermeiro Obstetra, bem como Especialistas em Enfermagem Obstétrica e na Saúde da Mulher; **Art. 2º** - Compete ainda aos profissionais referidos no artigo anterior: Assistência a gestante, parturiente e puérpera; Acompanhamento do trabalho de parto; Execução e assistência Obstétrica em situação de emergência. **Art. 3º** - Ao Enfermeiro Obstetra, Obstetriz, Especialistas em Enfermagem Obstétrica e Assistência em Saúde da Mulher, além das atividades constantes do Art. 2º, compete ainda: Assistência a parturiente e ao parto normal; Identificação de distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho; Realização da episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local quando couber; Emissão de Laudo de Enfermagem para autorização de Internação Hospitalar, constante do Anexo da Portaria SAS/MS-163/98; Acompanhamento do cliente sob seus cuidados, da internação até a alta.

**CONSIDERANDO** o disposto na Portaria nº 985/GM, de 05/08/1999, que instituiu os Centros de Parto Normal no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde;

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

**CONSIDERANDO** o disposto na Resolução SMS Nº 1041 DE 11 DE FEVEREIRO DE 2004, que institui o Protocolo de Assistência da Casa De Parto David Capistrano Filho.

**CONSIDERANDO** o disposto na Portaria nº 746/GM, de 20 de dezembro de 2005, que regulamenta o novo modelo de laudo de AIH e dá outras providencias.

**CONSIDERANDO** o disposto na Resolução-RDC N-36, de 3 de Junho de 2008, que dispõe sobre “**Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**”, quando no ANEXO I, item 3.7, estabelece, como definição sobre os profissionais recursos de saúde necessários para esse funcionamento Profissional legalmente habilitado, profissional com formação superior inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por lei. Define que o Serviço Técnico Obstétrico e Neonatal deve ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo seu conselho de classe.

**CONSIDERANDO** o disposto nas Diretrizes Assistenciais da Enfermagem obstétrica da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro em 2010.

**CONSIDERANDO** a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

**CONSIDERANDO** a **PORTARIA Nº 904, DE 29 DE MAIO DE 2013** que Estabelece as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

**CONSIDERANDO** as revisões sistemáticas e evidências científicas sobre as práticas assistenciais que promovem a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, demonstrando os benefícios à mulher e ao bebê na assistência ao parto de risco habitual pela enfermeira obstetra ou obstetriz ("Hatem M", "Sandall J", "Devane D", "Soltani H", "Gates S" - Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; - Issue 4, Art. No.:

**CONSIDERANDO** a necessidade de organização da atenção ao parto e ao nascimento em diferentes níveis de complexidade e de superação do modelo biologicista e medicalizante;

**CONSIDERANDO** o direito das mulheres a espaços de cuidado que possibilitem ambiência adequada favorecedora das boas práticas de atenção ao parto e nascimento

**CONSIDERANDO** que a Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo ações com o objetivo de ordenar ampliar e qualificar a assistência ao parto nas Maternidades Municipais da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

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

**CONSIDERANDO** que 40% dos partos vaginais ocorridos nas maternidades municipais da Cidade do Rio de Janeiro são assistidos pelas enfermeiras obstétricas

**CONSIDERANDO** a importância de normatizar e unificar os protocolos assistenciais da enfermagem obstétrica do Município do Rio de Janeiro, apresentamos:

## **O protocolo assistencial de enfermagem obstétrica dos Centros Obstétricos das Maternidades Municipais do Rio de Janeiro.**

### **Cuidado à mulher durante o trabalho de parto (TP)**

#### **1-Diagnóstico de Trabalho de Parto (TP)**

Presença de contrações uterinas em intervalos regulares, que aumentam progressivamente em termos de frequência e intensidade, com o passar do tempo e são concomitantes ao apagamento (esvaecimento) e dilatação progressivos do colo uterino. No início da fase ativa do TP a dilatação do colo uterino é aproximadamente quatro centímetros.

## **2-Avaliação da evolução do trabalho de parto**

A avaliação da evolução do trabalho de parto e da vitalidade fetal é feita por meio da observação das atitudes da mulher e do monitoramento dos seguintes parâmetros: contrações uterinas, progressão da dilatação cervical, da descida do bebê no canal de parto e ausculta intermitente de batimentos cardíacos fetais.

A primeira fase do trabalho de parto tem em geral a duração de 8 horas no nascimento do primeiro bebê, e é improvável que dure mais que 18 horas. Para a mulher que já teve um bebê, a primeira fase dura cerca de 5 horas e geralmente não mais que 12 horas. No entanto, há dificuldade em estabelecer claramente o início do trabalho de parto (NICE, 2007).

- **O uso do Partograma**

O Partograma é a representação gráfica do acompanhamento do trabalho de parto, onde cada quadriculado representa intervalo de uma hora e deve ter o início do registro na fase ativa do mesmo (BRASIL, 2001). Permite que o profissional avalie a evolução do processo de nascimento, e permite com isso, um manejo correto nos desvios da normalidade e encaminhamento oportuno para o hospital de referência. Este instrumento é baseado nos seguintes princípios: a fase ativa do trabalho de parto se inicia aos quatro centímetros de dilatação cervical e os exames vaginais devem ser efetuados tão menos frequentemente quanto compatível com a prática segura. A observação do comportamento da parturiente, das perdas vaginais e a descida do feto (melhor ponto de ausculta dos batimentos cardíacos fetais) no ventre materno também permitem avaliar a progressão do trabalho de parto.

O profissional deve considerar as variações individuais da normalidade ao avaliar a progressão do trabalho de parto, bem como variáveis como paridade, variedade de posição e fetal, condição das membranas amnióticas e movimentação materna, entre outras. Estas podem influenciar a duração do trabalho de parto. A condição de vitalidade fetal sempre deve ser avaliada concomitantemente à evolução do trabalho de parto.

- **Exame vaginal**

Os profissionais de saúde que realizam exames vaginais devem ter certeza de que este é realmente necessário e irá adicionar informações importantes para o processo

de tomada de decisão em relação ao cuidado. Antes da realização deste exame, o profissional deve garantir o consentimento da mulher, sua privacidade, dignidade e conforto, explicar o motivo do exame e seus achados. A realização brusca e freqüente deste exame pode ocasionar dor e constrangimento para as mulheres, além de aumentar o risco de infecção puerperal. O registro adequado do exame vaginal deverá ser feito em todas as ocasiões, de maneira a evitar que seja feito desnecessariamente por vários membros da equipe.

- **Amniotomia**

Em mulheres que apresentam trabalho de parto com progressão normal, a amniotomia (rotura artificial das membranas amnióticas) não deve ser realizada de maneira rotineira no cuidado à mulher durante o trabalho de parto (Smyth et al., 2008).

- **Ausculda fetal**

A ausculta inicial dos batimentos cardíacos fetais é recomendada no primeiro contato com a mulher e nas avaliações subsequentes. Deve ser feita de maneira intermitente durante o trabalho de parto. Situações em que se detectam alterações na frequência cardíaca fetal podem requerer uma ausculta mais prolongada, para melhor avaliação da vitalidade fetal ou a realização de uma cardiotocografia.

- **Oferecimento de aporte calórico/Dieta**

A ingestão alimentar e líquidos é uma prática que deve ser encorajada de acordo com as preferências da mulher, em condições de risco habitual (Ministério da Saúde, 2001), pois o trabalho de parto requer considerável gasto calórico e a reposição energética é fundamental, para assegurar o bem estar fetal e materno. Estudo de meta-análise e revisão sistemática com parturientes de baixo risco para a necessidade de anestesia concluiu que não há necessidade de restrição de líquidos ou alimentos para essas mulheres durante o TP (Singata et al. 2012) (HOFMEYR, 2005).

Por este motivo, não é necessária a cateterização intravenosa de rotina, visto que a mesma restringe os movimentos da mulher e pode se associar à administração de soluções glicosadas, que podem levar ao hiperinsulinismo e acidemia metabólica nos recém-nascidos (OMS, 1996).

### **3- Práticas de cuidado utilizadas durante o trabalho de parto**

Estas práticas têm a finalidade de oferecer conforto à mulher, promover o alívio da dor e favorecer a evolução do trabalho de parto. Entre elas, incluem-se massagens, presença de acompanhante, dieta, banho de aspersão ou banheira, exercícios respiratórios, uso de bola suíça, livre movimentação. Todas essas práticas podem ser utilizadas pelo profissional de saúde, de acordo com as preferências da mulher. (Vide quadro em anexo I)

### **4- Cuidado à mulher no momento do parto**

O segundo estágio do parto se caracteriza pela presença de dilatação completa do colo uterino. Tem um período variável, podendo se estender por 2h ou mais, desde que os parâmetros de vitalidade fetal, moldagem do pólo cefálico e ausência de alterações clínicas continuem dentro dos padrões de normalidade.

A OMS, o Ministério da Saúde recomenda que a mulher escolha livremente sua posição no parto (Gupta et al., 2012) (OMS, 1996) e cabe a enfermeira obstétrica ou obstetriz oferecer as várias posições possíveis e estimular que a mesma perceba suas necessidades (OMS, 1996). A posição supina (em decúbito dorsal horizontal) deve ser evitada, devido à compressão da aorta abdominal e veia cava inferior, que pode resultar em hipotensão materna e menor fluxo sanguíneo placentário.

### **5- Uso de Medicamentos no Centro Obstétrico (Anexo II)**

## **Critérios para assistência da enfermeira obstétrica nos Centros Obstétricos das maternidades da Rede Municipal de Saúde:**

1. Gestante de risco habitual com idade gestacional de 37 a 41s e 6d, com os seguintes parâmetros:
  - o Gestação única;
  - o Apresentação cefálica fletida;
  - o BCF dentro da normalidade (entre 110 bmp e 160 bmp, sem desacelerações após a contração) (NICE, 2007; Cunningham et al., 2010).
2. Gestante com ou sem pré-natal, com os exames dentro da normalidade.

3. Gestantes com intercorrências clínicas ou obstétricas, atuais ou pregressas, com o cuidado em parceria com a equipe obstétrica médica, como:
  - Oligodramnia leve  $ILA \geq 5$ , sem alterações de vitalidade fetal.
  - Gestante com mais de 24 horas de Amniorrexe, em uso de antibioticoterapia (ATB), com evolução do trabalho de parto e parâmetros clínicos estáveis;
  - Gestante com infecção do trato urinário (ITU) baixa em tratamento com ATB, após 24 horas, exceto histórias de ITU de repetição (03 episódios ou mais, na gestação atual);
  - Líquido amniótico meconial fluido em fase final do trabalho de parto, sem alteração da vitalidade fetal;
  - Gestante em trabalho de parto com cesariana anterior há 2 anos ou mais.
4. Sífilis tratada na gestação.
5. Gestantes classificadas de alto risco obstétrico: a assistência à gestante de alto risco pela enfermagem obstétrica tem como objetivo acolher e apoiar a mulher no **trabalho de parto, em parceria** com a equipe médica, oferecendo uma assistência efetiva e segura nas diferentes indicações clínicas e obstétricas, com enfoque na vigilância, controle e redução dos agravos à saúde materna e fetal. O **parto** será assistido **pela equipe médica**. É considerado alto risco obstétrico: DHEG, HAC, cardiopatias, nefropatias, diabetes, prematuridade, gemelaridade, apresentações anômalas, placenta prévia, anemia grave, endocrinopatias, isoimunização, sofrimento fetal e malformação confirmada, doenças infecciosas na gestação (Sífilis não tratada, rubéola, toxoplasmose, hepatites, HIV/AIDS, corioamnionite).

## Referências:

ANVISA. Diário Oficial da União. **RESOLUÇÃO-RDC N.º36, DE 3 DE JUNHO DE 2008 Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.** Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608\\_1\\_rdc36.pdf](http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf)

BECKMANN MM, GARRETT AJ. **Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub2

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 163, de 22 de setembro de 1998. Trata das atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetrix e do Laudo de Enfermagem para Emissão de Autorização de Internação Hospitalar – AIH para realização de parto normal.** Diário Oficial da União 1998 setembro Seção 1, p. 24. 1998.-a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 2815 de 29 de maio de 1998. Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distúrcia por enfermeiro.** Diário Oficial da União 1998 junho Seção 1, p.48. 1998.-b.

BRASIL, M. D. S. **Portaria GM n.985, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 985/GM.** SAÚDE., I. B. M. D. Brasília 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 572, de 01 de junho de 2000. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto.** 2000d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde - Ministério da Saúde, **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha**[[manual\\_pratico\\_rede\\_cegonha.pdf](#)]. 2012

Disponível em:

<http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=747>

CERIANI CERNADAS JM; CARROLI G; PELLEGRINI L; OTAÑO L; FERREIRA M; RICCI C; CASAS O; GIORDANO D; LARDIZÁBAL J **The effect of timing of cord clamping on neonatal venous hematocrit values and clinical outcome at term: a randomized, controlled trial.** [CENTRAL-Registro Cochrane de Ensaios Clínicos Controlados. In: The Cochrane Library ID: 00555903 ]

CHAPARRO CM, LUTTER C. **Além da sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças.** Organização Pan-Americana da Saúde: Washington D.C., dezembro de 2007.

CLUETT ER, BURNS E. **Immersion in water in labour and birth.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD000111. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3

ENKIN, M., KEIRSE, M. J. N. C.; NEILSON, J., CROWTHER, C., DULEY, L., HODNETT, E., HOFMEYR, J. **A Guide to effective care in pregnancy and childbirth.** 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 2000. 507 p.

HATEM, M. et al. **Midwife-led versus other models of care for childbearing women.** Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 4, 2008. ISSN 1469-493X.

HODNETT, E. D. et al. **Alternative versus conventional institutional settings for birth.** Cochrane Database of Systematic Reviews, v. Art. No. CD000012, n. 6, 2010. ISSN 1469-493X. Disponível em: <Go to ISI>://WOS:000281767000001 >.

HODNETT ED, GATES S, HOFMEYR GJ, SAKALA C. **Continuous support for women during childbirth.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2

GOMES ML at al, **Enfermagem Obstétrica Diretrizes Assistenciais,** Rio de Janeiro, Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa civil do RJ. 168p.

LAWRENCE A, LEWIS L, HOFMEYR GJ, DOWSWELL T, STYLES C. **Maternal positions and mobility during first stage labour.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. **Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à Mulher.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf).

MOORE ER, ANDERSON GC, BERGMAN N. **Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2

NICE. **Intrapartum care. National Institute for Health and Clinical Excellence care of healthy women and their babies during childbirth.** London: NICE 2007: RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2007.

ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES, 2008 **Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour** 4th Edition . RCM. London.

SINGATA M, TRANMER J, GYTE GML. **Restricting oral fluid and food intake during labour.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub2

SMYTH RMD, ALLDRED SK, MARKHAM C. **Amniotomy for shortening spontaneous labour** (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.

STEWART, M. et al. **Review of evidence about clinical, psychological and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwife-led birth center, and outcomes for their babies. Report of a structured review of birth center outcomes.** National Perinatal Epidemiology Unit. Oxford. 2005

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, O. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Brasília (DF): OPAS/USAID, 1996. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf)>.

OMS – ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. **Manejo de las complicaciones del embarazo e el parto: Guía para obstetras y médicos.** Ginebra: OMS , 2002. 438 p.

O'SULLIVAN, G. **The stomach: fact and fantasy: eating and drinking during labour.** International Anesthesiology Clinics, v.32, p. 31-44, 1994.

**Anexo I:****Quadro de Tecnologias de Cuidado Não- Invasivas de Enfermagem Obstétrica**

<b>TECNOLOGIA</b>	<b>INDICAÇÃO</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
Movimentos respiratórios	Auxiliar na centralização da mulher.	Ativa os receptores corticofugais promovendo uma ação condicionada: contração-respiração.
Deambulação	Ativar o trabalho de parto; Descida e rotação fetal.	<p>A mulher deve escolher a posição que preferir durante o trabalho de parto, embora a necessidade de estimular o parto com ocitocina é menor em mulheres que deambulam durante o trabalho de parto, em comparação com aquelas que permanecem no leito. Durante a contração as paredes uterinas encurtam-se e impulsionam o feto para baixo. Os ligamentos redondos que também contraem junto com a contração uterina tracionam o fundo uterino para diante, colocando o eixo longitudinal da matriz no eixo da escavação pélvica e para baixo, aproximando o fundo da pelve. Por esse motivo, durante a contração uterina, a melhor posição para a mulher é a vertical, com o corpo inclinado para diante. (Balaskas, 1991).</p> <p>Estudos apontam que reduz a duração do TP em aproximadamente 01h, diminuem a necessidade de intervenção no TP, não mostrou efeitos negativos sobre a mãe e o bem-estar dos bebês. (Lawrence A et al, 2009).</p>
Bola Suíça	Massagem perineal; Descida e rotação do feto.	<p>Alongar e fortalecer a musculatura perineal, aliviar tensões, ativar a circulação sanguínea e desfazer pontos de tensão, trabalha cintura pélvica e movimentar todos os músculos.</p> <p>Ativa o trabalho de parto, por possuir uma base de sustentação instável, a gravidade atua sobre o corpo, isso requer um contrapeso, recrutando os músculos mais profundos até que alcance uma estabilização necessária para mantê-lo equilibrado sobre a bola suíça, com a busca do equilíbrio sobre a bola a mulher desfoca da sensação da dor da contração. Com o uso da bola, mantém-se uma postura de sustentação estável e dá ao corpo flexibilidade (Craig, 2004).</p>
Bamboleio	Descida e rotação do feto; Deslocamento do bebê dentro da pelve; Ativar o trabalho de parto; Liberação de endorfinas.	Quando a mulher deixa-se guiar pelo seu instinto, procura movimentar-se, seguindo o ritmo das contrações, movendo a pelve para frente e para traz, de um lado para o outro ou em movimentos circulares. Estes movimentos servem para facilitar o encaixe, a descida e a rotação do feto, no canal de parto (Balaskas, 1991). Para Odent (2000), quando a mulher usa o córtex primitivo, esses movimentos afloram com

		mais intensidade.
Rebozo	Ativar o trabalho de parto; Correção de posições posteriores ou direita persistentes e assinclitismos.	Movimenta o feto na pelve, auxiliando no movimento de rotação e retificação do assinclitismo persistente.
Genupeitoral	Posições posteriores ou direita persistentes; Edema de colo.	Diminui a força da gravidade, amplia os diâmetros da pelve, facilitando a rotação e diminuindo a pressão sobre o colo uterino.
Cócoras sustentado	Descida e rotação do feto; Assinclitismo persistente; Hipossistolia.	Aumenta diâmetros da pelve em 25% de acordo com Gardosi (2000), amplia a saída da bacia; Possibilita a ação da gravidade; Pode aliviar a dor nas costas; Facilita a rotação e a descida; Necessita de menos esforços expulsivos; Vantagens mecânicas- o tronco empurra o fundo uterino; aumenta a pressão no períneo; Aumenta a sensação de bem estar, por se sentir amparada por alguém e na posição suspensa, os membros inferiores são menos comprimidos, favorecendo a circulação venosa (GERMAIN,2005).
Banco/ vaso	Descida e rotação do feto; Assinclitismo persistente; Distócia emocional.	Aumenta diâmetros da pelve em 25% de acordo com Gardosi (2000). Pode relaxar o períneo para puxos mais eficazes. Boa posição para descansar. Vantagem pela força da gravidade.
Ambiente acolhedor	Ansiedade e insegurança; Distócia emocional; Diminuir tensão e medo e sensação de dor excessiva.	Ativa o córtex primitivo; Libera ocitocina e endorfinas e aumenta a segurança da mulher e família.
Massagem	Acelera trabalho de parto; Distócia emocional.	Ativa o córtex primitivo; Libera ocitocina e endorfinas, ativa os mecanorreceptores atuando no portal da dor, libera os músculos tensionados e permite troca de calor.
Alimentação / líquidos	Desejo da mulher	Produz energia, hidratação e fornece glicose ao feto.
Banho de imersão ou chuveiro	Medo, ansiedade Diminuir sensação de dor excessiva; Acelera trabalho de parto; Distócia emocional.	Odent (2000) fala sobre o efeito misterioso da água sobre as travas neocorticais, removendo-as. Estas travas são ativadas em qualquer situação na qual são liberados altos níveis de adrenalina como medo, <i>stress</i> , entre outros. As duchas quentes têm efeito calmante, aliviam dores e nevralgias. é de consenso que a melhor hora para se entrar na água é quando se atinge a metade do trabalho de parto, ou seja, com a dilatação de 5 cm e

		contrações mais intensas. Ao entrar na água, a mulher se descobre capaz de render-se às necessidades instintivas e primitivas do seu corpo. A maioria das mulheres diz que a percepção da dor se altera (portal da dor) e se torna mais fácil aceitar a intensidade das contrações. (Balaskas,1991; Odent ,1982; Earnig,1996).
Crioterapia	Reduz edema: colo, períneo e vulva.	Diminuição do fluxo sanguíneo local; lentificação da transmissão de impulsos dos neurônios aferentes levando a diminuição das sensações (dormência), diminuição da temperatura na pele e músculo (Effective Care in Pregnancy and Childbirth ,Enkin M, Kierse M, eds. Oxford University Press:Oxford, 1989). O saco de gelo deve ser aplicado por períodos de 15 a 20 minutos e várias vezes ao dia (3 em 3 horas, por exemplo), de acordo com a necessidade e extensão da área edemaciada.
Puxo lateral	Distócia emocional	Quando a mulher trava a saída do bebê, por medo do nascimento. Solicitar que empurre o pé, estando na posição lateral, enquanto o profissional faz pressão ao contrário. Isto permite que ela empurre o feto pelo canal do parto.
Ampliação do diâmetro da cintura pélvica	Assinclitismo persistente; Período pélvico prolongado Presença de bossa/moldagem excessiva do polo cefálico	Amplia os diâmetros da pelve, com a pressão sobre a crista ilíaca no momento da contração. Aumentar a mobilidade entre os ossos da pelve.
Decúbito lateral com as pernas flexionadas	Assinclitismo persistente; Período pélvico prolongado; Presença de bossa/moldagem excessiva do polo cefálico.	Amplia os diâmetros da pelve e facilita a passagem do pólo cefálico. Diminui a sensação dolorosa. Permite a proteção perineal.
Proteção perineal	Evitar as lacerações.	Alongamento períneo; massagem com óleo vegetal no períneo, não indicar o puxo voluntário; proteção com compressas para evitar o desprendimento abrupto do polo cefálico.
Banqueta meia lua	Auxiliar na descida e rotação do feto.	Amplia os diâmetros da pelve e facilita a passagem do polo cefálico, diminui a sensação dolorosa, permite a sensação de controle da mulher com seu processo de parturição. Não deve ser estimulado antes de dilatação avançada por risco de edema no colo.

Cavalinho (assento ativo)	Auxilia rotação e descida do feto; reduz edema de colo; Assinclitismo persistente.	Amplia os diâmetros da pelve, libera o sacro e cóccix; Auxilia a rotação do bebê na posição occipito posteriores (OP); decompressão do colo pelo polo cefálico durante as contrações. Diminui a sensação dolorosa.
Aromaterapia	Estimular produção de substâncias relaxantes, estimulantes e sedativas.	Utiliza os princípios ativos dos óleos essenciais no trabalho de parto, vislumbrando a aromaterapia como ciência.

## POSIÇÕES PARA O PERÍODO EXPULSIVO

TECNOLOGIA	INDICAÇÃO	FUNDAMENTAÇÃO
1-Verticalizada	Metrossístoles esparsas.	Possibilita massagens nas costas; Propicia a ação da gravidade; Melhor oxigenação do feto. Potencializa a ação da gravidade na descida do feto; Encurta o ângulo de descida e amplia os diâmetros da pelve em 25%; Libera o sacro e cóccix; Promove contrações menos dolorosas e mais eficazes; Feto alinhado com o eixo da pelve. Pode aumentar a necessidade do puxo no 2º estágio.
2-Semi-vertical	Desejo da Mulher	O mesmo que a verticalizada, porém libera menos o sacro e cóccix; Possibilita exames vaginais.
3-Lateral	2º estágio acelerado	Posição muito favorável para descansar; Reduz a pressão nos grandes vasos; Possibilita maior aporte sanguíneo e de oxigênio para o feto; permite o movimento do sacro no 2º estágio; Favorece a progressão do feto sem traumas; Útil para reduzir um 2º estágio muito acelerado; favorece a proteção perineal, evitando as lacerações, pois facilita a moldagem da cabeça ao períneo; Alivia a pressão nas hemorróidas.
4-Cócoras	Dificuldade na descida do feto.	Pode aliviar a dor nas costas; Possibilita a ação da gravidade; Amplia a saída da bacia; Necessita de menos esforços expulsivos; Facilita a rotação e a descida; Vantagens mecânicas- o tronco empurra o fundo uterino; Aumenta a sensação de bem estar, por se sentir amparada.
5-Quatro apoios	Queixa de dor lombar; Posições posteriores persistentes; Distocia de ombro.	Alivia a dor nas costas; Auxilia a rotação do bebê na posição occipito posteriores (OP); Permite balançar a pelve e movimentos corporais; Permite exames vaginais; Alivia a pressão nas hemorroidas; Facilita o desprendimento das espáduas.
6-De pé	Dinâmica uterina irregular; Queixa intensa de	Vantagem da ação da gravidade durante e entre as contrações; Contrações menos dolorosas e mais eficazes; Alinhamento do feto com o eixo da pelve

	dor nas contrações.	Pode aumentar a sensação de puxo no 2º estágio Na posição de pé, o peso da mulher repousa sobre as duas cabeças do fêmur, permitindo que a pressão no acetábulo provoque aumento de 01 cm do diâmetro transversal da saída da pelve.
--	---------------------	---

### **CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO**

<b>TECNOLOGIA</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO</b>
Ambiente na penumbra	Segundo Odent (2004), o ambiente em penumbra respeita a fisiologia do recém-nascido (RN). Segundo o Manual de Neonatologia (2001), a penumbra pode contribuir para a eficácia na amamentação do RN na primeira hora de vida, por estar relacionada a maior privacidade, tranquilidade, estabelecimento do vínculo e conseqüentemente diminuição de tempo entre as mamadas e ao ganho de peso no período pós-natal (Saraiva, 2004).
Respeito ao período sensível	A existência de um período sensível, imediatamente após o parto, foi evidenciada em estudo de Gaspareto e Bussat (1994) e durante esta fase, um contato intenso e ininterrupto da mãe com o seu bebê proporcionam a receptividade mais precoce da mãe e sua adaptação, dando prosseguimento ao vínculo que começou a ser estabelecido já na vida intra-uterina. Outros benefícios deste contato inicial incluem o fato de a amamentação ocorrer mais cedo e o estreitamento da atração emocional.
Avaliação da vitalidade do RN	Segundo o Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (2013), se, ao nascimento, o recém-nascido é de termo (idade gestacional 37-41 semanas), está respirando ou chorando, com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade e não necessita de qualquer manobra de reanimação. Três metanálises, que incluíram estudos com nascidos a termo, concluíram que o clampeamento tardio do cordão umbilical é benéfico com relação aos índices hematológicos na idade de 3-6 meses. Com base nesses estudos, recomenda-se que o RN a termo, saudável e com boa vitalidade ao nascer seja posicionado no nível da placenta por um a três minutos, antes do clampeamento do cordão umbilical.  O contato pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, em temperatura ambiente de 26°C, reduz o risco

	<p>de hipotermia em recém-nascidos de termo, com boa vitalidade, desde que cobertos com campos pré-aquecidos. Nesse momento, pode-se iniciar a amamentação. A Organização Mundial de Saúde recomenda que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida, pois se associa a um maior período de amamentação, melhor interação mãe-bebê e menor risco de hemorragia materna.</p>
Contato pele a pele	<p>Os bebês interagem mais com suas mães, ficam mais aquecidos e choram menos, quando colocados no colo da mãe; são mais amamentados e amamentaram por mais tempo, quando tiveram contato pele a pele precoce; possivelmente tiveram mais chances de ter um bom relacionamento inicial com suas mães, mas isso foi difícil de medir (Moore ER, Anderson GC, Bergman N, 2007).</p>
Touca	<p>A colocação da touca no RN, logo após o desprendimento do pólo cefálico, ainda no canal de parto, evita a perda de calor através no couro cabeludo, diminuindo os riscos de hipotermia do recém-nascido (Manual Merck, 2009).</p>
Clampeamento oportuno/tardio	<p>Clampeamento oportuno do cordão aumenta a média neonatal do hematócrito venoso dentro de uma faixa fisiológica; Nem diferenças significativas nem efeitos nocivos foram observados entre os grupos; Além disso, esta intervenção parece reduzir a taxa de anemia neonatal; Esta prática tem se mostrada segura e deve ser implementada para aumentar o armazenamento de ferro neonatal ao nascimento (Cernadas JM, 2006).</p>
Estimulo a amamentação na 1ª hora de vida	<p>A amamentação exclusiva durante os 06 primeiros meses de vida, seguida do aleitamento materno continuado dos 6 aos 11 meses de idade, foi a intervenção isolada mais efetiva para prevenir mortalidade infantil, estimando que ela previna 13% de todas as mortes em menores de cinco anos (Chaparro CM, Lutter C, 2007).</p>

## Anexo II

### Medicações que podem ser prescritas e administradas pela enfermeira obstétrica na sala de parto

Medicação	Forma de Administração	Indicação
Ocitocina	- 05UI em 500 ml de Solução Ringer com Lactato, - 10UI intramuscular, após o desprendimento do ombro do RN, - 15 UI em 500ml de SG 5%, EV	- Coordenar as contrações durante o período expulsivo, quando necessário; - Como profilaxia de hemorragia pós-parto; - Nos casos de hemorragia pós-parto, até a chegada do médico plantonista.
Dipirona	- 01 comprimido ou 40 gotas, VO, até de 6/6hs, SOS. - 01 ampola EV ou IM	- Em caso de dor no puerpério; - Em caso de febre no puerpério.
Paracetamol	- 01 comprimido ou 40 gotas, VO, até de 6/6hs, SOS.	- Em caso de dor, no período puerperal.
Lidocaína a 2% sem vasoconstrictor	-ampola, gel, spray	- Anestesia local em caso de rafia de lacerações do períneo; - Anestesia local antes da realização da episiotomia, se necessário.
Hioscina/ butilescopolamina	- 01 comprimido VO - 01 ampola diluída em glicose a 25% EV	- Em caso de cólicas.
Bromoprida	- Comprimidos ou solução injetável	- Em caso de distúrbios gastrointestinais como náuseas ou vômitos.
Metoclopramida	- Solução injetável	- Em caso de distúrbios gastrointestinais como náuseas ou vômitos.
Soro Glicosado 5%	- Solução injetável	Reposição hídrica.
Soro fisiológico a 0,9%	- Solução injetável	Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.
Soro Ringer com Lactato	- Solução injetável	Expansão ou reidratação, reposição de eletrólitos.
Sulfato ferroso	- Comprimido com 40 mg de ferro elementar	Prevenção e tratamento de anemia ferropriva no período puerperal.